



## SOMALISCH/SOOMAALI

### 7. Schwindel/Ohnmacht - *Dawakh/suuxid*

#### DEUTSCH

#### SOOMAALI

#### SEIT WANN IST IHNEN SCHWINDELIG?

#### GOORMA AAD DAREENTO WAREER ?

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | Dhawr sacadood          |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag            | hal malin               |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage     | Laba (2) ilaa (6) cisho |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche     | Hal usbuuc wax ka badan |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat          | Hal bil                 |

#### Wann tritt der Schwindel auf?

#### Marka ma wareer ah ?

- |  |  |
|--|--|
| Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.                                     | Haddii aan madaxayga jeedin.                 |
| <input type="checkbox"/> Wenn ich meinen Kopf drehe.                   | Markii aan been ka.                          |
| <input type="checkbox"/> Wenn ich liege.                               | Markii aan ka soo been ah ama fadhiya hesho. |
| <input type="checkbox"/> Wenn ich aus dem Liegen oder Sitzen aufstehe. | Marka baan u xootay, oo hoos.                |
| <input type="checkbox"/> Wenn ich mich bücke.                          | Haddii aan madaxayga jeedin.                 |

Ja/ Haa    Nein/  
Mya

- |  |  |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Mir ist übel, oder ich musste mich übergeben.        | <i>Waxaan dareemayaa buka, ama aan lahaa inay ku tuuraan up.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat sich Ihr Gehör verschlechtert?                   | <i>Ayaa sii xumaatay dhageysiga maxkamadda?</i>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Ohrgeräusche, die Sie früher nicht hatten? | <i>Haddii aad qabto dhegaha, ma aad hor haysaan?</i>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja:   | Haddii ay sidaas tahay   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> linkes Ohr                  | dhegta bidix   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> rechtes Ohr                 | dhegtiisa midig  |                          |                          |
| Haben Sie sich übergeben?                            | <i>Ma waxaad u gudbin?</i>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Sind Sie ohnmächtig  
geworden?

*Ma waxaad ku dhex taag  
darnaatay?*

Wenn ja, wie häufig sind Sie in den letzten Tagen ohnmächtig geworden?  
*Haddii ay sidaas tahay, inta jeer intaad u soo gudubtay baxay maalmaha ugu dambeeya?*

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> einmal           | mar                       |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal | mid ka mid ah saddex jeer |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal | in ka badan saddex jeer   |

Hatten Sie Herzrasen, als Sie ohnmächtig geworden sind?  
*Ma kugu dhacay wadno marka aad ku dhex taag darnaatay?*

Hatten Sie Ohrrauschen, bevor Sie ohnmächtig geworden sind?  
*Ma waxaad lahaa buuq dhegta ka hor inta aadan taag darnaatay?*

Hatten Sie wechselnde Hitze- und Kälteempfindungen, bevor Sie ohnmächtig geworden sind?  
*Ma midba dareenka kulul iyo qabow ka hor inta aadan taag darnaatay?*