

**Anamnesebogen**

**سابقه طبي مريض/فورمه آنامنز**

Datum: تاريخ

لطفا در صورت امکان فورمه را با حروف و ارقام آلمانی پر نمایید.  
 لطفاً جواب مناسب را علامت بزنید مانند این مثال

Alter:	سن	Name:	اسم
Geschlecht:	weiblich / مونث <input type="checkbox"/>	männlich / مذکر <input type="checkbox"/>	جنس
Familienstand:	ledig / مجرد <input type="checkbox"/>	verheiratet / متاهل <input type="checkbox"/>	حالت مدنی
	verwitwet / بیوه <input type="checkbox"/>	geschieden / مطلقه <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein / نخیر <input type="checkbox"/>	ja / بلی <input type="checkbox"/>	طفل:
Zahl der Kinder:			تعداد اطفال:
Herkunftsland:			کشور اصلی:
Beruf im Herkunftsland:			شغل در کشور اصلی:
Zimmernummer in ZAST:			شماره اتاق ZAST:
Telefonnummer:			شماره تلفون:
Registrierungsnummer:			شماره ثبت اسم:

**Allgemeine Anamnese**

**سوابق عمومی طبي**

Welche Krankheiten haben oder hatten Sie?		کدام امراض دیگر داشته یا دارید؟	
<b>Herz</b>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	سکته قلبی	<b>قلب</b>
	andere <input type="checkbox"/>	دیگر مشکلات قلبی	
	Herzprobleme <input type="checkbox"/>		
<b>Lunge</b>	andere <input type="checkbox"/>	دیگر مشکلات ریوی	<b>شش</b>
	Lungenerkrankung <input type="checkbox"/>		
<b>Magen</b>	Gastritis <input type="checkbox"/>	التهاب معده	<b>معه</b>
		Sodbrennen <input type="checkbox"/>	سوزش معده / سوزش سردل
<b>Leber</b>	anderes <input type="checkbox"/>	دیگر	<b>جگر</b>
		Leberzirrhose <input type="checkbox"/>	سیروز جگر
<b>Gallenblase</b>	anderes <input type="checkbox"/>	دیگر امراض کیسه صفرا	<b>کیسه صفرا</b>
		Gallensteine <input type="checkbox"/>	سنگ سازی
<b>Darm</b>	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان	<b>روده</b>
	anderes <input type="checkbox"/>	دیگر	
		Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	همورید / بواسیر
<b>Harnblase/ Niere</b>	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	ضعف گرده	<b>گرده/مثانه</b>
	andere Nieren-erkrankung <input type="checkbox"/>	دیگر امراض کلیوی یا گرده	
		Nierenstein <input type="checkbox"/>	سنگ گرده
		Blasen-entzündung <input type="checkbox"/>	التهاب مثانه
<b>Frauen</b>	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان سینه	<b>خانم ها</b>
		Gebärmutter- krebs <input type="checkbox"/>	سرطان رحم
<b>Männer</b>	Vergrößerung der Prostata <input type="checkbox"/>	بزرگ شدن پروستات	<b>آقایان</b>
		Prostatakrebs <input type="checkbox"/>	سرطان پروستات

<b>Skelett</b>	Arthrose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	آرتروز دیگر	Rheumatismus Schäden der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	روماتیسم آسیب های ستون فقرات	<b>اسکلت</b>
<b>Krebs</b>	Krebs Chemotherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سرطان معالجه کیمیای	Strahlentherapie Krebs-Operation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پرتو جراحی سرطان	<b>سرطان</b>
<b>Nerven / Gehirn</b>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سکته مغزی دیگر	<b>اعصاب/مغز</b>
<b>Augen</b>	Glaukom	<input type="checkbox"/>	آب سیاه	Katarakt	<input type="checkbox"/>	آب مروارید	<b>چشم ها</b>
<b>Haut</b>	andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	دیگر امراض جلدی	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	پسوریازیس	<b>جلد</b>
<b>Schilddrüse</b>	Überfunktion	<input type="checkbox"/>	پرکاری	Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	کم کاری	<b>غده تیروئید</b>
<b>anderes</b>	Diabetes Muskelkrankheiten Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	شکر امراض عضلانی نمایل به خون ریزی	Bluthochdruck Thrombose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا ترومبوز دیگر	<b>دیگر</b>

<b>Welche Organe wurden operiert?</b>	کدام یک از اندامهای ذیل عمل شده است؟		
Lunge <input type="checkbox"/>	شش	Gallenblase <input type="checkbox"/>	کیسه صفرا
Herz <input type="checkbox"/>	قلب	Leber <input type="checkbox"/>	جگر
(weibl.) Brust <input type="checkbox"/>	پستان	Magen <input type="checkbox"/>	معد
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	رحم	Darm <input type="checkbox"/>	روده
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	سزارین	Blinddarm <input type="checkbox"/>	آباندیکس
Ausschabung <input type="checkbox"/>	کورتاژ	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	بواسیر / همورید
Schädel <input type="checkbox"/>	جمجمه	Harnblase <input type="checkbox"/>	مثانه
Gelenke <input type="checkbox"/>	مفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	گرده
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	شکستگی استخوان	Prostata <input type="checkbox"/>	پروستات
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	ستون فقرات	Auge <input type="checkbox"/>	چشم
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	تیروئید

<b>Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal diagnostiziert?</b>	کدام یک از امراض عفونی ذیل در شما تشخیص داده شده است؟		
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	سبل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	هپاتیت
HIV / AIDS <input type="checkbox"/>	ایدس / HIV	Windpocken <input type="checkbox"/>	آبله مرغان
Röteln <input type="checkbox"/>	سرخچه	Masern <input type="checkbox"/>	سرخکان / سرخک

<b>Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?</b>	آیا حساسیت در شما تشخیص داده شده است؟		
Medikamente <input type="checkbox"/>	داروها \ دواها	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	مواد غذایی
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Pollen <input type="checkbox"/>	گرده گل ها

<b>Sind bei Ihnen nach einer Impfung schon einmal allergische Reaktionen aufgetreten?</b>	آیا تا به حال در مقابل کدام واکسین حساسیت نشان داده اید؟		
ja <input type="checkbox"/>	بلی	nein <input type="checkbox"/>	نخیر

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b> nein <input type="checkbox"/> نخیر		<b>آیا به طور مرتب دارو \ دوا مصرف مینمایید؟</b> ja <input type="checkbox"/> بلی		
Wenn ja, welche Medikamente? (notieren Sie diese im folgenden Abschnitt)		اگر بلی، چه داروهایی (در قسمت زیر یادداشت نمایید).		
Menge abends / مقدار در عصرها	Menge mittags / مقدار در ظهرها	Menge am Morgen مقدار در صبح	Menge des Wirkstoffes / میزان ماده موثر	Name des Medikaments / نام دوا

<b>Nehmen Sie derzeit irgendwelche weitere Medikamente?</b> nein <input type="checkbox"/> نخیر		<b>آیا هم اکنون از کدام دارو \ دوا دیگر مصرف مینمایید؟</b> ja <input type="checkbox"/> بلی	
Wenn ja, welche Medikamente?		اگر بلی کدام دواها؟	

<b>Rauchen Sie?</b> manchmal <input type="checkbox"/> بعضی وقت nie <input type="checkbox"/> هرگز		<b>سگریت میکشید؟</b> eine Packung oder mehr am Tag <input type="checkbox"/> یک پاکت یا بیش تر در روز täglich <input type="checkbox"/> روزانه	
<b>Trinken Sie Alkohol?</b> nie <input type="checkbox"/> هرگز		<b>آیا الکل مینوشید؟</b> manchmal <input type="checkbox"/> بعضی وقت täglich <input type="checkbox"/> روزانه	

### Aktuelle Beschwerden

### علایم فعلی

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten Tagen?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تب
Husten	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Schwellung der Unterschenkel/ Füße / Beine	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Jucken	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und / oder der Haut	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Nachtschweiß	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Leistungsminderung	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش توانایی
Hörminderung	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörung	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اختلال خواب

<b>Sind Sie schwanger?</b>	vielleicht <input type="checkbox"/> شاید	Nein <input type="checkbox"/> نه	Ja <input type="checkbox"/> بلی	آیا حامله هستید؟
Wie viele Geburten?				تعداد ولادت ها؟
Wie viele Schwangerschaften?				چند حاملگی؟
Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?				آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren?	Nein/نه <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟
Wenn ja, wie viel Kilogramm?			اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, sich umzubringen?	Nein/نه <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟
--	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Haben Sie aktuell Schmerzen?	Nein/نه <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر درد دارید؟
Falls ja, wie oft?	selten <input type="checkbox"/> بندرت	manchmal <input type="checkbox"/> بعضی وقت	اگر بلی چندبار و چقدر؟
	oft <input type="checkbox"/> اکثراً	meistens <input type="checkbox"/> بیشتر	
	immer <input type="checkbox"/> همیشه		
Falls ja, wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 (keine Schmerzen) und 10 (maximale Schmerzen)?	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

Wo haben Sie Schmerzen? (Bitte einzeichnen mit einem Kreuz.)
کجا درد دارید؟ (لطفاً با چلیپا علامت بزنید.)
Wo haben Sie Wunden? (Bitte einzeichnen mit einem Kreis.)
کجا زخم دارید؟ (لطفاً با دایره علامت بزنید.)
Wo haben Sie Hautauffälligkeiten? (Bitte einzeichnen mit einem Viereck.)
کجا بروز پوستی دارید؟ (لطفاً با مربع علامت بزنید.)

