

# Anamnese-/Patientenbogen Persisch

## مشخصات بیمار

Familienname / surname / نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

Vorname / first name / نام: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / date of birth / تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit / nationality / ملیت: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort / Country and city of birth / محل تولد: \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse / spoken languages / زبان مادری: \_\_\_\_\_

### Bei Minderjährigen / under age persons / کودکان

Familienname Vater / surname father / نام خانوادگی پدر: \_\_\_\_\_

Vorname Vater / first name of father / نام پدر: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Vater / date of birth father / تاریخ تولد پدر: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit / nationality / ملیت پدر: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Vater / country and city of birth father / محل تولد پدر: \_\_\_\_\_

Familienname Mutter / surname mother / نام خانوادگی مادر: \_\_\_\_\_

Vorname Mutter / first name mother / نام مادر: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Mutter / date of birth mother / تاریخ تولد مادر: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit / nationality / ملیت مادر: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Mutter / country and city of birth mother / محل تولد مادر: \_\_\_\_\_

Telefon / phone / شماره تماس: \_\_\_\_\_

Straße / street / خیابان: \_\_\_\_\_

PLZ / post code / کد پستی: \_\_\_\_\_ Wohnort / residence / محل سکونت: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient / The patient has or has had / آیا بیمار در حال حاضر و یا در گذشته آلرژی داشته است؟: \_\_\_\_\_

Allergien / allergies to (which substances) / : \_\_\_\_\_

Diabetes / diabetes / دیابت: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung / disease of the thyroid gland / بیماری غده تیروئیدی: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten / do you have infectious diseases (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis...)/

بیماری عفونتی: \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen / bleeding disorder / بیماری لختی خون: \_\_\_\_\_

Herz- oder Kreislauferkrankungen / heart disease, circulatory trouble / بیماری قلبی یا مشکل فشار خون: \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen / diseases of the kidney or anomalies / بیماری کلیوی: \_\_\_\_\_

Asthma / asthma / بیماری تنگی نفس-اسم: \_\_\_\_\_

Schlaganfall/stroke / سکته: \_\_\_\_\_

Tumor, Krebs / tumors, cancer / توده سرطانی-سرطان: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden / epilepsy / بیماری صرع-تشنج: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft / are you pregnant / آیا باردار هستید؟: \_\_\_\_\_

Magen-/Darmerkrankung / gastro-intestinal disease / بیماری گوارشی: \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten / do you have any other diseases? آیا بیماری های دیگری

دارین؟: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?) / do you take any medicine regularly (which?)

آیا داورهایی به شکل منظم مصرف می نمایید؟ کدام

داروها؟ \_\_\_\_\_