



## SOMALISCH/SOOMAALI

### 10. Störung der Sinneswahrnehmung

#### - Arbushaada of dareen

#### DEUTSCH

#### SOOMAALI

Veränderung/Störung der  
Sinneswahrnehmung

Arbushaada of dareen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Fadlan calaamadi midka ku habboon

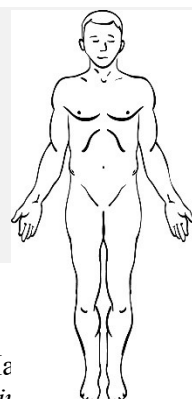
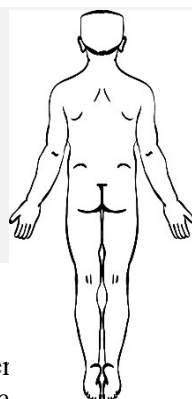
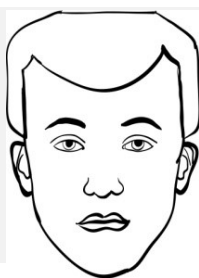
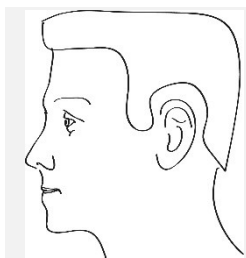
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	Waxaan ku dhaawacmay ama shil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	Dib baan u yaqaan dhibaatooyinka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	Waxaan u lahaa disc a herniated ka hor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	Waxaan qabto cudur neerfaha yaqaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	sclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	Cudurka buro oo duurka ku ah habka dareemayaasha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	Waxaan uu istaroog horay.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	kabuubyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

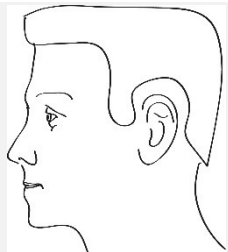
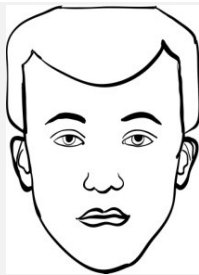
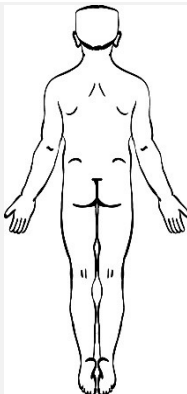
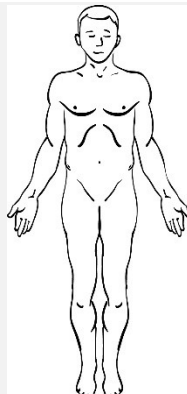
Haddii ay sidaas tahay,

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

Taas oo qaybo ka mid ah jidhka ku saameeyo?





		Ja/ Haa	Nein/ MYA
Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.	Waxaan dareemayaa farqi u dhexeeya laba toortaha jidhkaygii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Tan iyo markii ay leeyihiin cabashooyinka aad ?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon</i>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Dhawr sacadood		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	Hal maalin		
<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		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Sidee cabashooyinka loo isticmaalo?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	hornimaadno		
<input type="checkbox"/> plötzlich	si lama filaan ah		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	by dhaawac / shilka		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	keeni karo dhacdo kale		
LÄHMUNG	CURYAANNIMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Haddii ay sidaas tahay,		
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	Taas oo qaybo ka mid ah jidhka ku saameeyo?		
			



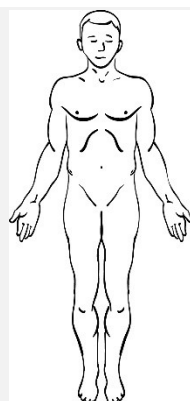
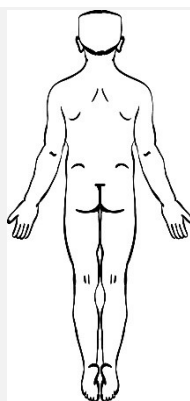
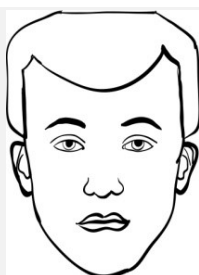
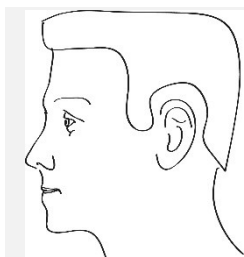
		Ja/ Haa	Nein/ MYA
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Мои жалобы только на одной половине моего тела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ**

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события

		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Mir ist schwindelig.	У меня головокружительное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln	Зудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:	Если да:
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	На каких областях тела? Пожалуйста отметьте.



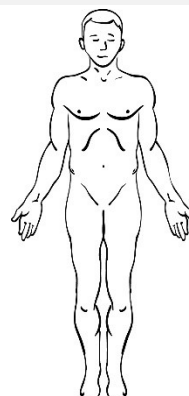
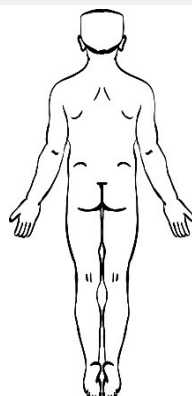
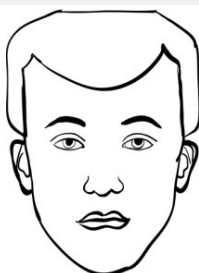
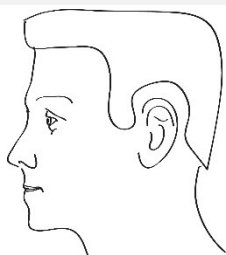


		Ja/ Haa	Nein/ MYA
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Мои жалобы только на одной половине моего тело.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.</b>	<b>ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ</b>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события		
Welche Qualität haben die Beschwerden?	Как проявляются ваши жалобы?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> zunehmend	Увеличиваются		
<input type="checkbox"/> konstant	Неменяются		
<input type="checkbox"/> abnehmend	Уменьшаются		
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	То сильнее, то слабее		
<input type="checkbox"/> wandernd	С места на места		
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	Во время механического давления увеличиваются		
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	Уменьшаются когда я двигаюсь		
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	Увеличиваются когда я двигаюсь		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Kraftverlust	Потеря силы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WENN JA:	ЕСЛИ ДА:		



☐ Welche Körperregionen sind  
betroffen?

Где? Пожалуйста отметьте



Meine aktuellen Beschwerden  
beschränken sich nur auf eine  
Körperhälfte.

Мои жалобы только на одной  
половине моего тело.

☐

☐

Seit wann bestehen Ihre  
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

☐ ein paar Stunden

Пару часов

☐ 1 Tag

1 день

☐ 2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

☐ über 1 Woche

Долше 1 недели

☐ 1 Monat

1 месяц

Wie haben die Beschwerden  
eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

☐ schleichend

Постепенно

☐ plötzlich

Внезапно

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

Из-за травмы/несчастного случая

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Из-за другого события

JA/

NEIN/

HAA

MYA

Verlust des Geschmackssinnes

Потеря чувство вкуса

☐

☐

Seit wann bestehen Ihre  
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

☐

☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

☐ ein paar Stunden

Пару часов

☐ 1 Tag

1 день



☐ 2 bis 6 Tage *От 2 до 6 дней*

☐ über 1 Woche *Долше 1 недели*

☐ 1 Monat *1 месяц*

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? *Как возникли ваши жалобы?*

☐ schleichend *Постепенно*

☐ plötzlich *Внезапно*

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall *Из-за травмы/несчастного случая*

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst *Из-за другого события*

JA/  
HAA NEIN/  
MYA

Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen. *Я вообще не чувствую вкус.*

☐

☐

Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden. *Я не могу различать горячо и холодно во рту.*

☐

☐

Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen: *Я не чувствую следующее:*

☐ süß *сладко*

☐ sauer *кисло*

☐ salzig *солёно*

☐ bitter *горько*

☐ scharf *остро*

JA/  
HAA NEIN/  
MYA

Mein Gehör hat sich verschlechtert. *Мой слух ухудшился.*

☐

☐

Wenn ja: *Если да:*

☐ beide Ohren *Оба уха*

☐ nur ein Ohr *Только одно ухо*

JA/  
HAA NEIN/  
MYA

Ich höre nichts mehr. *Я ничего больше не слышу.*

☐

☐

Wenn ja: *Если да:*

☐ beide Ohren *Оба уха*

☐ nur ein Ohr *Только одно ухо*



		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Mir ist schwindelig.	У меня головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	У меня боль в ушах.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.	У меня заново нарушилось зрение.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
<input type="checkbox"/> einseitig	На одном глазу		
<input type="checkbox"/> beidseitig	На обоих глазах		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich sehe verschwommen/unscharf.	Я вижу нерезко.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	Я плохо вижу вблизи.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	Я плохо вижу в далике.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	Я вижу двойные изображения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	Я вижу как через туннель.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.

Я не различаю цвета.

☐
☐

Mir ist schwindelig.

У меня головокружение.

☐
☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

☐
☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

☐ ein paar Stunden

Пару часов

☐ 1 Tag

1 день

☐ 2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

☐ über 1 Woche

Долше 1 недели

☐ 1 Monat

1 месяц

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

☐ schleichend

Постепенно

☐ plötzlich

Внезапно

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

Из-за травмы/несчастного случая

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Из-за другого события

JA/  
HAA

NEIN/  
MYA

Ich habe meinen Geruchssinn verloren.

Я потерял чувство обоняния

☐
☐

Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.

Я чувствую запахи хуже чем раньше.

☐
☐

Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen.

Я чувствую только резкие и неприятные запахи.

☐
☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

☐
☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

☐ ein paar Stunden

Пару часов

☐ 1 Tag

1 день

☐ 2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

☐ über 1 Woche

Долше 1 недели

☐ 1 Monat

1 месяц

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

☐ schleichend

Постепенно





- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> plötzlich                            | <i>Внезапно</i>                        |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall   | <i>Из-за травмы/несчастного случая</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Из-за другого события</i>           |