



SOMALISCH/SOOMAALI

11. Gynäkologische Beschwerden - cabashooyinka dumarka

DEUTSCH

SOOMAALI

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

TAN IYO MARKA AAD LEEDAHAY CALAAMADAHA WAQTIGA?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Fadlan calaamadi midka ku habboon

☐ ein paar Stunden

Dhawr sacadood

☐ 1 Tag

Hal maalin

☐ 2 bis 6 Tage

Laba (2) ilaa (6) cisho

☐ über 1 Woche

Hal usbuuc wax ka badan

☐ 1 Monat

Hal bil

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur
Zeit zutrifft.

Fadlan calaamadi midka ku habboon

JA/
HAA

NEIN/
MYA

Beschwerden oder Schwierigkeiten
beim Stuhlgang

cabashooyinka inta lagu jiro
dhaqdhaqaaqa mindhicirka

☐

☐

Beschwerden oder Schwierigkeiten
beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?

kaadida oo adkaata

☐

☐

Brennen beim Wasserlassen.

gubi

☐

☐

Wasserlassen nicht möglich

kaadidu macquul maahan

☐

☐

Urin rot/blutig

Kaadida cas

☐

☐

allgemeine
Menstruationsbeschwerden

Qabqabashada guud caadada

☐

☐

Menstruationsblutung mit Schmerzen

Caadada dhiig xanuunka

☐

☐

Probleme beim Stillen des Kindes

Cuntada carruurta

☐

☐

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Xanuun xilliga galmada.

☐

☐

Schmerzen der Brüste

Xanuunka Laabta

☐

☐

Knoten in der Brust

Laabta laabta

☐

☐

Ausfluss aus der Brustwarze

dheecaan ka soo bixiya naaska

☐

☐



vaginaler Ausfluss	<i>dheecaanka siilka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss? haddii ay sidaas tahay, sidee?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon.</i>
<input type="checkbox"/> gelb	<i>lacag</i>
<input type="checkbox"/> blutig	<i>hoobtay</i>
<input type="checkbox"/> übelriechend	<i>urayaan</i>
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	<i>Goorma ayuu ahaa maalintii ugu horeysay ee caadadeeda ugu dambeysay?</i>
<input type="checkbox"/> heute	<i>maanta</i>
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	<i>1 ilaa 5 maalmood ka hor</i>
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	<i>3 todobaad ee la soo dhaafay</i>
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	<i>in ka badan 1 bil</i>
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	<i>in ka badan 6 bilood</i>
<input type="checkbox"/> noch nie	<i>marna</i>

Ja/ Haa Nein/
Mya

vaginaler Juckreiz oder Brennen	<i>cuncun ama gubashadii</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	<i>У меня климакс.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	<i>Мой климакс уже прошел.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	<i>Macquul ma tahay wax in aad uur leedahay?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	<i>Galmo joogta ah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	<i>Waxaan aan waligood galmada.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	<i>Aad looga hortago?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<i>haddii ay sidaas tahay:</i>		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	<i>Hormonally (tusaale ahaan, kiniiniga ka hortagga uurka)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	<i>cinjirka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	Waa wareeg joogto ah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal schwanger?	Weligaa ma uur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	Ma leedahay caruur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□		
Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	dhalashada dhibaatooyinka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	daroogo ama ilmo iska soo ridid qalliin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?	xasuuqeen uurka? oo leh ilmo dhintay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?	SIDEE U DHALATAY?		
<input type="checkbox"/> normal	caadiga ah		
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	hawlgalka caesarean		
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	meeqa sano ayaad tahay? Fadlan calaamadi midka ku habboon.		
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	in ka yar 1 sano		
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	inta u dhaxaysa 1 iyo 3 sano		
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	in ka badan 3 sano		
Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.	qalliin lagu sameeyey? Fadlan calaamadi midka ku habboon.		
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	ilmo-galeenka		
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	ugxan		
<input type="checkbox"/> Brüste	laabta		
<input type="checkbox"/> Darm	xiidmaha		
<input type="checkbox"/> Blinddarm	lifaaqa		
<input type="checkbox"/> Gallenblase	kaadi haysta		



Somalisch/Soomaali
Gynäkologische
Beschwerden
- cabashooyinka
dumarka

Geburtsdatum/taariikhda dhalashada:

Datum:

- Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Cudurada qoyska? Fadlan calaamadi midka ku habboon.

- ☐ Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe: *Cudurka Malignant ee mid ka mid ah xubnaha*

- ☐ Gebärmutterhals *afka ilmo-galeenka*

- | | | |
|--------------------------|------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Darm | <i>xiiidmaha</i> |
|--------------------------|------|------------------|

- ☐ Blutgerinnungsstörung *khalkhalka xajiinta dhiigga*

Wann waren Sie das letzte Mal
beim Frauenarzt?

Wagtiga ugu dambeeva ee dhakhtarka dumarka

- ☐ im letzten Jahr *sanadkii la soo dhaafay*

- ☐ in den letzten 5 Jahren *ee 5 sano ee lasoo dhaafay*

- ☐
- vor mehr als 5 Jahren
- in ka badan 5 sano*

Schwangerschaft

uurka

- ☐ Gibt es irgendwelche Dokumente über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt.

- ☐ In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? Bitte markieren Sie die



Somalisch/Soomaali
Gynäkologische
Beschwerden
- cabashooyinka
dumarka

Geburtsdatum/taariikhda dhalashada:

Datum:

mit Kreuzen in den Kästchen.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ . . . □

Fadlan calaamadi midka ku habboon

Welche Blutgruppe haben Sie?

nooca dhiigga?

☐ A

A

B

B

☐ 0

0

☐ Rhesus positiv

Resus +

☐ Rhesus negativ

Resus -

Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?

Goormay ahayd markii ugu dambeysay ee dumarka ah?

☐ noch nie

marna

- ☐ im letzten Jahr

sanadkii la soo dhaafay

☐ in den letzten 5 Jahren

ee 5 sano ee lasoo dhaafay

☐ vor mehr als 5 Jahren

in ka badan 5 sano