

العربية/ARABISCH

13. Coronavirus

الفيروس التاجي -

DEUTSCH

العربية

VORNAME	الاسم
Nachname	الشهرة (الكنية)
Geschlecht	الجنس
-weiblich	مذكر <input type="checkbox"/>
-männlich	مؤنث <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	طول الجسم بالسنتيمتر
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	وزن الجسم بالكيلوغرام
	kg

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك

	Ja/ نعم	Nein / لا
Angehöriger oder Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
وجود اقارب او وصي		
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عند السيدات: إمكانية وجود حمل		
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. عند تناول ادوية معينة، الرجاء إظهارها للطبيب ويفضل أن يكون الدواء مع علبته .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. أنا أشعر أنني خائف أو حزين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Panikattacken. أنا عندي نوبات من الإرتباك و الصدمة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentiert [SP2]: Fragen Nr.:

2
3
4
5
6
7
9
10

Kommentiert [SP1]:

208

ATEMBESCHWERDEN

مشاكل أثناء التنفس

Kommentiert [SP3]:

109

Seit wann haben sie

منذ متى تملك مشاكل مع التنفس؟

Atembeschwerden

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ein paar Stunden | رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | منذ بضعة ساعات |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | يوم واحد |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | من 2 إلى 6 أيام |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | أكثر من اسبوع |
| <input type="checkbox"/> immer | شهر واحد |

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك

	Ja/ نعم	Nein/ لا
Ich habe Atemnot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا عندي زلة تنفسية (صعوبة تنفس)		
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا عندي توقف تنفس ليلي		
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا أنام بوضعية الجلوس. و إلا لن أستطيع إستنشاق الهواء		
Ich schnarche sehr laut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا أشخر بصوت عالي		
Ich habe geschwollene Beine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا عندي وذمات (تورم) في الأقدام		

Wenn Sie Atemnot haben, wann tritt
diese auf?

منذ متى عندك صعوبة التنفس , ومتى تأتي هذه الحالة ؟

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder
Belastung | ؟ الحالة هذه تأتي ومتى , التنفس صعوبة عندك متى منذ |
| <input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen | الإستلقاء وضعية في أو ليلا |

Haben Sie Husten? Wenn ja:

عندك سعال في حال نعم :

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> trockener Husten | سعال جاف |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten | سعال مخرش |
| <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf | سعال مع قشع |
| <input type="checkbox"/> krampfartiger Husten | سعال تشنجي |

Wann haben Sie Husten?

متى تملك هذا السعال؟

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> nachts | ليلاً |
| <input type="checkbox"/> morgens | صباحاً |
| <input type="checkbox"/> mittags | بعد الظهر |
| <input type="checkbox"/> abends | مساءً |
| <input type="checkbox"/> immer | دائماً |
| <input type="checkbox"/> nur im Liegen | فقط أثناء الإستلقاء |

Ja/ نعم Nein/ لا

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie heiser? | عندك بحة بالصوت؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie Tabak? | هل تدخن التبغ؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeeengt an? | أتشعر بالضيقة في القفص الصدري؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, wann fühlt sich ihr
Brustkorb eingeeengt an?

في حالة الإجابة نعم، منذ متى تشعرون بالضيقة بالقفص الصدري؟

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder
Belastung | النشاط الأعمال أو الجسدي الجهد حال في |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe | في الراحة |

ERHÖHTE
KÖRPERTEMPERATUR/FIEBER

ارتفاع حرارة الجسم /حمى

Seit wann haben Sie erhöhte

منذ متى عندك ارتفاع بحرارة الجسم؟

Körpertemperatur?

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | منذ بضعة ساعات |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | يوم واحد |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | من 2 إلى 6 أيام |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | أكثر من اسبوع |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | شهر واحد |

JA/ نعم NEIN/ لا

- | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit
einem Thermometer gemessen? | هل قست حرارة جسمك بميزان الحرارة؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie hoch ist die
Körpertemperatur genau? Bitte
aufschreiben | في حال نعم: كم كانت درجة حرارة جسمك؟ إكتبها
°C: _____ | | |

Kommentiert [SP4]:
172

Haben Sie Gliederschmerzen?	هل هناك ألم بالأطراف ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Halsschmerzen?	هل عندك ألم في البلعوم (رقبة) ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schnupfen.	أنا عندي رشح (مفرزات أنفية)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	أنا عندي ألم بالأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	هل أحد ما من الناس المحيط بك مباشرة مريض ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	هل عندك ألم أثناء التبول ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hautausschlag?	هل عندك تحسس جلدي ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Bauchschmerzen?	هل عندك ألم بطن ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

منذ متى عندك مشاكل في التغوط ؟ SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	منذ بضعة ساعات
<input type="checkbox"/> 1 Tag	يوم واحد
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	من 2 إلى 6 أيام
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	أكثر من اسبوع
<input type="checkbox"/> 1 Monat	شهر واحد
<input type="checkbox"/> Immer	دائما

	Ja/نعم	Nein/ لا
Ist Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	هل عندك غثان؟	
Haben Sie sich übergeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	هل حدث عند إقياءات؟	

Wenn ja:	: في حال نعم
<input type="checkbox"/> einmal	مرة واحدة
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	من مرة حتى ثلاث مرات
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	أكثر من ثلاث مرات
<input type="checkbox"/> wenig	قليل
<input type="checkbox"/> schwallartig	نافورة بشكل متدفق (نافوري)
<input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung	مخلوط بالدم

Ja/ نعم Nein/ لا

HABEN SIE DURCHFALL?

هل عندك إسهالات

Wenn ja*, wie häufig hatten Sie
innerhalb der letzten 24 Stunden
Durchfall?

في حال نعم :كم عدد المرات خلال الـ 24 ساعة الماضية تبرزت إسهال

einmal

رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك

ein- bis dreimal

مرة

mehr als dreimal

من واحد حتى ثلاث مرات

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?

أكثر من ثلاث مرات

breiig

هل قوام البراز سميك

flüssig

مائع

Wässrig

سائل