

## SOMALISCH/SOOMAALI

### 13. Covid-19 Verdacht - 19 qof oo laga shakisan yahay

#### DEUTSCH

#### SOOMAALI

Vorname:	magaca koowaad:
Nachname	magaca qoyska:
Geschlecht	galmada
-weiblich	-Lab <input type="checkbox"/>
-männlich	Haddig <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	Dhererka jidhka oo Sentimitir ah:
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	Miisaanka jidhkaga oo Kilogaram ah:
	kg

Kommentiert [SP1]:

1

#### BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. FADLAN CALAMADE MIDKA KU HABBOON.

	Ja/ haa	Nein/ maya
Angehöriger oder Ansprechpartner <i>Xubin ama qofka lala xirirayo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <i>Dumarka wax uur ah ma leyihiin</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. <i>Hadii wax kiniin ah aad qadato tus Dhakhtarka</i> <i>Adiga oo rali ah tus kartoona ay ku jireen kiniinadu hadi ay suro gal tahay</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. <i>Waxaan dareemayaa murugo ama waxaan qabaa cabsi.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Panikattacken. <i>Waxaan ihaysata werar(dhibato) argagaxa ama aad u xun</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Erhöhte Körpertemperatur/Fieber

## qandho

Seit wann haben Sie erhöhte

Tan iyo markaad leedahay qandho ?

Körpertemperatur?

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | Dhawr sacadood          |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag            | hal malin               |
| <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                 |

Kommentiert [SP2]:  
172

		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen?	<i>Ayaa aad qiyaasay qandho - cabbire ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? Bitte aufschreiben	<i>Sida badan waa heerkulka jidha ? Fadlan qor !.: _____ °C</i>		
Haben Sie Gliederschmerzen?	<i>Waxa ay xubnaha yeeli ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Husten?	<i>Waxaad leedahay qufac ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf.	<i>Waxaan leeyahay qufac laakin dheecan dhiig leh no !</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Halsschmerzen?	<i>Haddi aad qabto cune xanuun ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Halsschmerzen.	<i>Waxaan leeyahay cuno-xanuun</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schnupfen.	<i>Waxaan hindhisto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenscherzen.	<i>Waxaan leeyahay dhego xanuun</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	<i>Ma jiraa qof xanuu san ee Hirm dee gaanka degdeg ah ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	<i>Ha aad dareento xanuun marka la kaadinayo ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hautausschlag?	<i>Haddi aad leedahay finan maqaarka ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Bauchschmerzen?	<i>Haddi aad qabto calool-xanuun ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SEIT WANN HABEN SIE ATEMBESCHWERDEN?

1 Tag

2 bis 6 Tage

über 1 Woche

1 Monat

immer

### KAÄ WAKUTIMA AYAY NEOFTY KWGUDHYTED ?

*Dhawr sacadood*

Hal maalin

2 ilaa 6 malin

Hal usbuuc wax ka badan

Hal bil

Kommentiert [SP3]:  
109

### BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

### FALLAN CALAMADE

		Ja/ haa	Nein/ mya
Ich habe Atemnot.	<i>Waxa igu dhagta neefta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	<i>Habeeniur nefda ayan igu dhagta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<i>Waxaan seexan karaa oo kaliya fadhiya, maxaa yeelay, haddii kale aan u neefsan karaan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche sehr laut.	<i>Aad ayan u ichuunyaa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	<i>Maxaan hemy ahay lugo barar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wenn Sie Atemnot haben, wann tritt diese auf?

bei körperlicher Anstrengung oder Belastung

nachts oder im Liegen

### *Haddii aad qabto neefta oo ku qabata, marka ma this on?*

*Cjtdhice co dala*

*Habeuni ama rarka jibsado*

### Haben Sie Husten? Wenn ja:

trockener Husten

Reizhusten

Husten mit Auswurf

### *Malenlang zufan? hadu ay tangy haa*

*Jubae falaisan*

*fuxan*

*Fufac xaalto ich*

krampfartiger Husten

Zufae aclubadan

**Wann haben Sie Husten?**

**marka aad leedahay qufac ?**

nachts

habenici

morgens

subaxii

mittags

mauntii

abends

galabti

immer

markasta

nur im Liegen

Manu aad jufad

Ja/ haa    Nein/  
mya

Sind Sie heiser?

*Xabeelo raaxdanay ?*

Rauchen Sie Tabak?

*Raa cabtaa sigarica ?*

Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?

*Makelamg nanuasica oo  
ungur dhaga marka aal aad  
usdhajayso*

Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?

*Nakasku naaxugudhag  
marna aad dhafelhaafi  
waydo?*

Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeengt an?

*Laabta mays marxa  
daranta ?*

**Wenn ja, wann fühlt sich ihr  
Brustkorb eingeengt an?**

**Hadu ay xanay haa**

bei körperlicher Anstrengung oder  
Belastung

İrdhia oodaala ama fiurka

in Ruhe

Mance aad nasanaydo

**SEIT WANN HABEN SIE  
VERDAUUNGSPROBLEME?**

**İLAA MUDO INTEE LEEG AYAY KU  
HAYSTAA DHIBKAN DHEEFSHIIDKU ?**

ein paar Stunden

Dhawr sacadood

1 Tag

hal malin

2 bis 6 Tage

Laba (2) ilaa (6) cisho

über 1 Woche

Hal usbuuc wax ka badan

<input type="checkbox"/> 1 Monat	Hal bil		
<input type="checkbox"/> Immer	Markasta		
		Ja/ haa	Nein/ mya
Ist Ihnen übel? <i>Ma dareensan tahay in ay jiraan?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich übergeben? <i>Waligaa ma isku dhiibtay?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Evet ise:		
<input type="checkbox"/> einmal	Hal mar		
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	Hal ilaa Sadex jeer		
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	İnkabandan sadex jeer		
<input type="checkbox"/> wenig	inyar		
<input type="checkbox"/> schwallartig	Çok		
<input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung	Kusarken kan geliyor		
		Ja/ haa	Nein/ mya
HABEN SIE DURCHFALL? <i>MALEE DAHAY MATAG?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?	Hadi ay haa tahay: ma leedahay ilaa 24 kii saac ee u danbeeyay mataga?		
<input type="checkbox"/> einmal	Fadlan calamadee mida ku haboon		
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	Hal mar		
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	Hal ilaa sadex jeer		
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?	İn kabadan sadex jeer		
<input type="checkbox"/> breiig	Calamadehee ayay saxaradaadu ledahay?		
<input type="checkbox"/> flüssig	Mid adag		
<input type="checkbox"/> Wässrig	Dareera ah		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Haben Sie Blut im Stuhl?*	<i>Saxaradaadu dhiig maledahay?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber?*	<i>Maleedahay xumad?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Verstopfung? *Malee dahay calool xanuun?*

Wenn ja, wann war Ihr  
letzter Stuhlgang?

**Hadii ay tahay haa: goorma ayay hayd  
saxaradi kugu danbaysay?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vor 3 Tagen                | Sadex cisho ka hor                               |
| <input type="checkbox"/> vor 5 Tagen                | 5 Cisho kahor                                    |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als einer Woche   | in ka badan hal usbuuc                           |
| Wie viel Flüssigkeit trinken Sie?                   | Intee inleeg ayaad cabta waxyabaha dareeraha ah? |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter am Tag | In kayar hal (1) litir malinkii                  |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Liter am Tag       | Hal (1) ilaa (2) litir malinkii                  |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter am Tag    | Inkabadan laba litir malinkii                    |

JA/  
HAA

NEIN/  
MYA

Ich habe weniger Appetit als sonst. *Amateedkaygu uu yaryahay marka wax yabaha kale oo eego ee lacuno*

Ich habe so viel Appetit wie immer. *Amateetakygu uu ii furan yahay ilaa waliqayba*

Haben Sie etwas Verdorbenes gegessen? *Tarihi geçmiş veya bozulmuş bir şey yediniz mi?*

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt? *Qof bukaa miyuu jogay mesha aad Jogaysay?*