



MEDIZINISCHE  
FLÜCHTLINGSHILFE  
DÜSSELDORF

Persisch/ فارسی  
Schwellung, Ödeme  
التهاب/آماس ورم -

Name/ نام:  
Geburtsdatum/ تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

Persisch/ فارسی

## 12. Schwellung, Ödeme

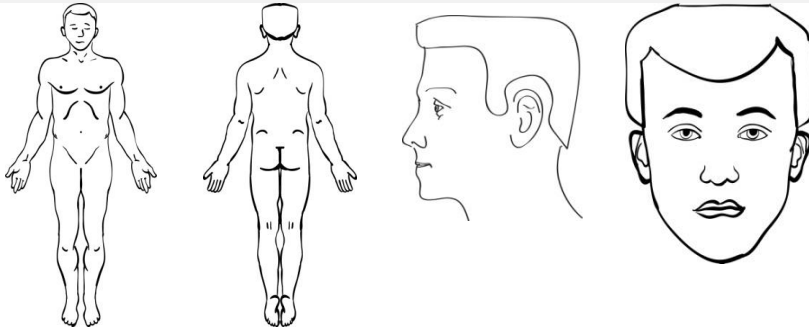
ورم، التهاب/آماس -

DEUTSCH

فارسی

Wo ist die Schwellung? Bitte  
einzeichnen.

ورم کجا است؟ لطفاً نشان بدهید.



JA/ بله NEIN/  
خیر

Haben Sie oder hatten Sie  
innerhalb der letzten Woche  
eine Erkältung?

آیا در هفته های پیش سرما خورده  
اید؟

☐ ☐

Haben Sie Zahnschmerzen?

آیا دندان درد دارید؟

Die Schwellung hat sich  
langsam entwickelt.

این التهاب آرام آرام به وجود آمده  
است.

☐ ☐

Die Schwellung ist plötzlich  
aufgetreten.

این التهاب ناگهانی به وجود آمده است.

☐ ☐

Kommentiert [SP1]:  
402



MEDIZINISCHE  
FLÜCHTLINGSHILFE  
DÜSSELDORF

Persisch/ فارسی  
Schwellung, Ödeme  
التهاب/ آماس ورم -

Name/ نام:  
Geburtsdatum/ تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

Haben Sie Schmerzen an der geschwollenen Stelle? آیا در محل التهاب درد دارید؟ ☐ ☐

**WENN JA: DIE SCHMERZEN WERDEN...** اگر جواب مثبت است

- ☐ - mehr درد ها بیشتر می شوند  
☐ - weniger درد ها کمتر می شوند

Ist der geschwollene Bereich gerötet? آیا محل التهاب قرمز شده است؟

**Wenn ja: Die Rötung werden...** اگر جواب مثبت است

- ☐ - mehr قرمزی بیشتر شده است  
☐ - weniger قرمزی کمتر شده است

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. لطفاً علامت بزنید.

**Wann ist die Schwellung am stärksten?** چه موقع التهاب شدید تر از همیشه است؟

- ☐ Nachts نصف شبها  
☐ Morgens صبح ها  
☐ Mittags هر ها  
☐ Abends شبها  
☐ Immer همیشه  
☐ Die Schwellung ist unabhängig von der Tageszeit. التهاب به ساعت خاصی بستگی ندارد.

**Welches Ereignis ging der Schwellung voraus?** چه اتفاقی قبل از ورم می افتد؟

- ☐ Insektenstich حشره گزیدگی  
☐ Verletzung زخمی شدن  
☐ Unfall حادثه



MEDIZINISCHE  
FLÜCHTLINGSHILFE  
DÜSSELDORF

Persisch/فارسی  
Schwellung, Ödeme  
التهاب/آماس، ورم -

Name/نام:  
Geburtsdatum/تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

- |  |                  |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Operation                                 | جراحی            |
| <input type="checkbox"/> starke körperliche Belastung              | فعالیت شدید بدنی |
| <b>Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen.</b> |                  |
| آیا به یکی از بیماری های زیر مبتلا هستید؟                          |                  |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung                 | بیماری قلبی      |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber                      | بیماری کبد       |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren                     | بیماری کلیه      |