



MEDIZINISCHE
FLÜCHTLINGSHILFE
DÜSSELDORF

Persisch/ فارسی
Gynäkologische
Beschwerden
مشکلات زنانگی -

Name/ نام:
Geburtsdatum/ تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

Persisch/ فارسی

11. Gynäkologische Beschwerden

مشکلات زنانگی -

SEIT WANN HABEN SIE DIESE
BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

از چه زمانی این ناراحتی را دارید؟

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. لطفاً علامت بزنید.

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	چند ساعت
<input type="checkbox"/> 1 Tag	یک روز
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	دو تا شش روز
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	بیش از یک هفته
<input type="checkbox"/> 1 Monat	یک ماه

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur Zeit zutrifft. چه که به شما مربوط می شود، علامت بزنید.

Kommentiert [SP1]:
318

	JA/ بله	NEIN/ خیر
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen beim Wasserlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin rot/blutig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsblutung mit Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Stillen des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Unklarheiten Frage überspringen
اگر چیزی مشخص نیست، از این سوال پرش کنید

Für die Richtigkeit der Übersetzung wird keine Haftung übernommen.
رای درست بودن ترجمه هیچ تضمینی وجود ندارد.



MEDIZINISCHE
FLÜCHTLINGSHILFE
DÜSSELDORF

Persisch/فارسی
Gynäkologische
Beschwerden
مشکلات زنانگی -

Name/نام:
Geburtsdatum/تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

Ausfluss aus der Brustwarze	ترشح مایع از سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginaler Ausfluss	ترشح از واژن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?			
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.		لطفاً علامت بزنید.	
<input type="checkbox"/> gelb	زرد		
<input type="checkbox"/> blutig	خونی		
<input type="checkbox"/> übelriechend	بد بو		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?		اولین روز پریود شما کی بوده است؟	
<input type="checkbox"/> heute	امروز		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	یک تا پنج روز پیش		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	در عرض سه هفته پیش		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	بیش از یک ماه پیش		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	بیش از شش ماه پیش		
<input type="checkbox"/> noch nie	هیچ وقت		
		Nein/ خیر	Ja/ بله
vaginaler Juckreiz oder Brennen	خارش یا سوزش واژن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	من در دوران یائسگی هستم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	من دوران یائسگی را پشت سر گذاشته ام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	این امکان وجود دارد که شما حامله باشید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßigen Geschlechtsverkehr?	آیا مرتب رابطه جنسی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	من تا کنون رابطه جنسی نداشته ام.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	از حاملگی جلوگیری می کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	اگر جواب مثبت است:		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	قرص ضد حاملگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	کاندوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	آیا پریود شما منظم است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal schwanger?	آیا تا به حال حامله بوده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	آیا فرزندی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren	اگر جواب مثبت است، علامت بزنید چقدر		

Bei Unklarheiten Frage überspringen
اگر چیزی مشخص نیست، از این سوال پرش کنید

Für die Richtigkeit der Übersetzung wird keine Haftung übernommen.
رای درست بودن ترجمه هیچ تضمینی وجود ندارد.



MEDIZINISCHE
FLÜCHTLINGSHILFE
DÜSSELDORF

Persisch/ فارسی
Gynäkologische
Beschwerden
مشکلات زنانگی -

Name/ نام:
Geburtsdatum/ تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit
Kreuzen in den Kästchen.

□□□□□□□□□□□□□□□□

اگر جواب مثبت است، علامت بزنید چقدر
□□□□□□□□□□□□□□□□

Gab es bei einer oder mehreren
Geburten Komplikationen?

آیا زایمان شما با مشکلی همراه بوده است؟

□

□

Hatten Sie schon einmal einen
medikamentösen oder operativen
Schwangerschaftsabbruch?

آیا شما تا به حال سقط جنین داشته اید؟

□

□

Haben Sie mal ein Kind während der
Schwangerschaft verloren?

آیا تا به حال فرزند خود را در دوران حاملگی
از دست داده اید؟

□

□

WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT
GEKOMMEN?

چه گونه فرزندان شما به دنیا آمده اند؟

□ normal

زایمان معمولی

□ per Kaiserschnitt

سزارین

Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre
Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder
haben, können Sie mehrere
Antworten ankreuzen.

فرزندان شما چند ساله هستند؟

□ unter 1 Jahr

زیر یک سال

□ zwischen 1 und 3 Jahren

بین یک تا سه سال

□ über 3 Jahre

بیش از سه سال

Hatten Sie schon einmal eine
Operation an einem der
folgenden Organe? Wenn ja,
bitte ankreuzen.

آیا در خانواده شما کسانی بیماری های زیر را دارند؟ لطفا
علامت بزنید.

□ Gebärmutter

دیابت

□ Eierstöcke

فشار خون

□ Brüste

نقص های عضوی

□ Darm

بیماری بدخیم یا سرطانی در ارگان ها زیر:

□ Blinddarm

سینه

□ Gallenblase

رحم

□ anderes Bauchorgan

دهانه رحم

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

تخمندان

□ Diabetes mellitus

روده

□ Bluthochdruck

ارگان های دیگر

□ Missbildungen

لختگی خون

Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe:	آمبولی ریوی
<input type="checkbox"/> Brust	بیماری های خونی
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	آخرین بار چه موقع پیش دکتر زنان بوده اید؟
<input type="checkbox"/> Gebärmutterhals	هیچ وقت
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	در سال قبل
<input type="checkbox"/> Darm	در پنج سال قبل
<input type="checkbox"/> sonstige Organe	بیش از پنج سال پیش
<input type="checkbox"/> Thrombose	آیا در خانواده شما کسانی بیماری های زیر را دارند؟ لطفاً علامت بزنید.
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	دیابت
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	فشار خون
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	نقص های عضو
<input type="checkbox"/> noch nie	بیماری بدخیم یا سرطانی در ارگان ها زیر:
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	سینه
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	رحم
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	دهانه رحم
Schwangerschaft	حاملگی
<input type="checkbox"/> Gibt es irgendwelche Dokumente über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt.	آیا مدرکی در رابطه با حاملگی شما وجود دارد؟ آن را لطفاً به دکترتان نشان بدهید.
<input type="checkbox"/> In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? Bitte markieren Sie die Anzahl der Schwangerschaftswochen mit Kreuzen in den Kästchen.	در هفته چندم حامله گی هستید؟ لطفاً علامت بزنید. □□□□□□□□□□□□□□□□...□
<input type="checkbox"/> Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	لطفاً علامت بزنید.
<input type="checkbox"/> Welche Blutgruppe haben Sie?	گروه خونی شما چیست؟
<input type="checkbox"/> A	A
<input type="checkbox"/> B	B
<input type="checkbox"/> 0	0
<input type="checkbox"/> Rhesus positiv	Rh +



MEDIZINISCHE
FLÜCHTLINGSHILFE
DÜSSELDORF

Persisch/فارسی
Gynäkologische
Beschwerden
مشکلات زنانگی -

Name/نام:
Geburtsdatum/تاریخ تولد:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

<input type="checkbox"/> Rhesus negativ	Rh -
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	
<input type="checkbox"/> noch nie	هیچ وقت
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	در سال قبل
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	در پنج سال قبل
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	بیش از پنج سال پیش