



## Persisch/ فارسی

### 10. Störung der Sinneswahrnehmung

#### تغییرات / اختلالات در حواس پنجگانه -

#### Deutsch

#### فارسی

		Ja/ بله	Nein/ خیر
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	من زخمی شده ام یا تصادفی داشته ام.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	من کمر درد دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	من دیسک کمر داشته ام.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	من یک بیماری عصبی دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	(ام.اس.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	بیماری سرطانی در سیستم عصبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	بیماری من سکته مغزی کرده ام.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Taubheitsgefühl

#### سر شدن

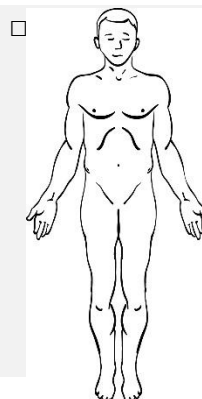
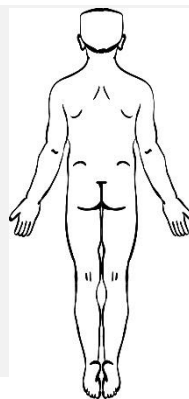
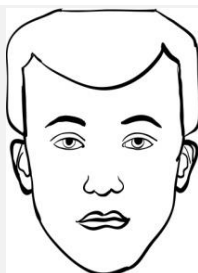
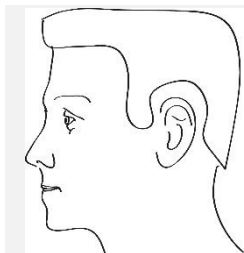
☐
☐

Wenn ja:

اگر جواب مثبت است:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

کجای بدنتان؟





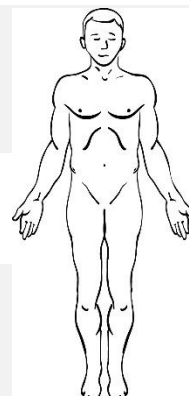
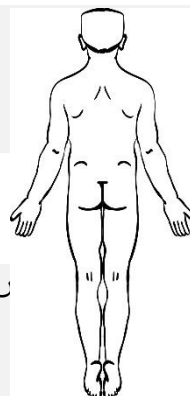
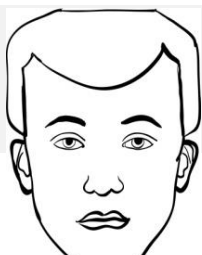
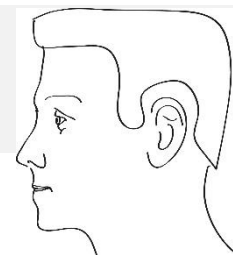
	JA/ بله	NEIN/ خیر
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte. دو طرف بدن من یکسان نیستند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? از چه موقع این مشکل را دارید؟		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. لطفاً علامت بزنید.		
<input type="checkbox"/> 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		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt? چه گونه این مشکل شروع شد؟		
<input type="checkbox"/> schleichend آرام آرام		
<input type="checkbox"/> plötzlich ناگهانی		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst از طریق دیگر به وجود آمده است		



	Ja/ بله	Nein/ خیر
Mir ist schwindelig. من سرگیجه دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kribbeln</b> مور مور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja: گر جواب مثبت است:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.  
بدن تن کجای بدن تن؟



Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.

من ناراحتی  
می کنم

من در یک

Nein/  
خیر

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

از چه موقع این مشکل را دارید؟

☐

☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

لطفاً علامت بزنید.

☐ ein paar Stunden

چند ساعت

☐ 1 Tag

یک روز

☐ 2 bis 6 Tage

دو تا شش روز

☐ über 1 Woche

بیش از یک هفته

☐ 1 Monat

یک ماه

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

چه گونه این مشکل شروع شد؟

☐ schleichend

آرام آرام

☐ plötzlich

ناگهانی

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

از طریق دیگر به وجود آمده است



### Welche Qualität haben die Beschwerden?

مشکلات شما چه گونه هستند؟

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	لطفاً علامت بزنید.
<input type="checkbox"/> zunehmend	بیشتر و بیشتر می شوند
<input type="checkbox"/> konstant	بدون تغییر
<input type="checkbox"/> abnehmend	کم می شوند
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	بعضی وقتها بیشتر و بعضی وقتها کمتر
<input type="checkbox"/> wandernd	محل آن تغییر می کند
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	وقتی فشار به آن میاید بیشتر می شود
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	در حال حرکت کمتر می شود
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	در حال حرکت بیشتر می شود

Ja / بله  
Nein/  
خیر

### Kraftverlust

از دست دادن قدرت (بی حالی)

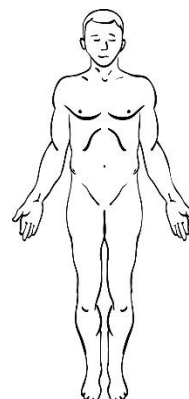
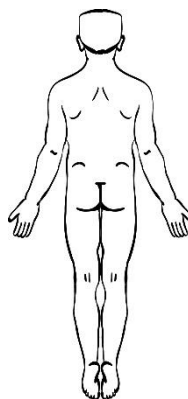
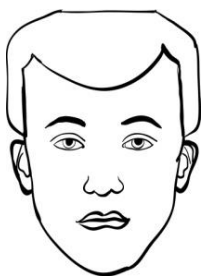
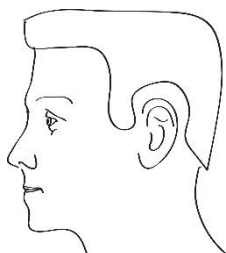
☐☐

Wenn ja:

اگر جواب مثبت است:

☐ Welche Körperregionen sind betroffen?

کجای بدنتان؟



Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.

من در یک طرف بدنم احساس ناراحتی می کنم

☐
☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

از چه موقع این مشکل را دارید؟

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. لطفاً علامت بزنید.

☐ ein paar Stunden

چند ساعت

☐ 1 Tag

یک روز

☐ 2 bis 6 Tage

دو تا شش روز

☐ über 1 Woche

بیش از یک هفته

☐ 1 Monat

یک ماه

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

چه گونه این مشکل شروع شد؟

☐ schleichend

آرام آرام

☐ plötzlich

ناگهانی

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

از طریق دیگر به وجود آمده است

JA/ بله

NEIN/

خیر

Verlust des Geschmackssinnes

آز دست دادن چشایی

☐
☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

از چه موقع این مشکل 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		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?			
<input type="checkbox"/> schleichend	آرام آرام		
<input type="checkbox"/> plötzlich	ناگهانی		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	از طریق دیگر به وجود آمده است		
	بله JA/ خیر NEIN/		
<b>Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen.</b>	من هیچ مزه ای را تشخیص نمیدهم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden.	من سردی و گرمی را در دهانم نمی توانم از هم تشخیص بدهم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen:	من این مزه ها را نمی توانم از هم تشخیص بدهم:		
<input type="checkbox"/> süß	شیرین		
<input type="checkbox"/> sauer	ترش		
<input type="checkbox"/> salzig	شور		
<input type="checkbox"/> bitter	تلخ		
<input type="checkbox"/> scharf	تند		



	بله JA/	NEIN/ خیر
Mein Gehör hat sich verschlechtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	اگر جواب مثبت است:	
<input type="checkbox"/> beide Ohren	دوتا گوش	
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	فقط یک گوش	
	بله JA/	NEIN/ خیر
Ich höre nichts mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	اگر جواب مثبت است:	
<input type="checkbox"/> beide Ohren	دوتا گوش	
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	فقط یک گوش	
	بله JA/	NEIN/ خیر
Mir ist schwindelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	چه گونه این مشکل شروع شد؟	
<input type="checkbox"/> schleichend	آرام آرام	
<input type="checkbox"/> plötzlich	ناگهانی	



<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	از طریق دیگر به وجود آمده است		
		بله JA/	NEIN/ خیر

<b>Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.</b>	من به تازگی نمی توانم خوب ببینم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja: اگر جواب مثبت است:

<input type="checkbox"/> einseitig	یک طرف		
<input type="checkbox"/> beidseitig	دو طرف		
		بله JA/	NEIN/ خیر

Ich sehe verschwommen/unscharf.	من تار و غیر روشن می بینم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	من نزدیک را خوب نمی توانم ببینم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	من دور را خوب نمی توانم ببینم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	من دوتایی می بینم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	من به نظرم میرسد که از درون تونل نگاه می کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	من نمی توانم رنگ ها را از هم تشخیص بدهم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	من سرگیجه دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	از چه موقع این مشکل 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         |

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?  
چه گونه این مشکل شروع شد؟

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schleichend                          | آرام آرام                     |
| <input type="checkbox"/> plötzlich                            | ناگهانی                       |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall   | به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه  |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | از طریق دیگر به وجود آمده است |

JA/ بله  
NEIN/  
خیر

**Ich habe meinen Geruchssinn verloren.**

من حس بویایی خود را از دست داده ام.

☐
☐

Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.

من بوهای مختلف را دیگر نمی توانم تشخیص بدهم.

☐
☐

Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen.

من فقط می توانم بوهای تند یا نامطبوع را تشخیص بدهم.

☐
☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

از چه موقع این مشکل 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         |

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?  
چه گونه این مشکل شروع شد؟

- |                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> schleichend | آرام آرام |
|--------------------------------------|-----------|



- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> plötzlich                            | ناگهانی                       |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall   | به دلیل زخمی شدن یا یک حادثه  |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | از طریق دیگر به وجود آمده است |