



## Persisch/ فارسی

### 2. Vorerkrankungen - بیماریهای قبلی

DEUTSCH

فارسی

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

لطفاً علامت بزنید.

Ja/ب Nein/خ

له یر

Bei mir ist eine  
Autoimmunerkrankung bekannt.

من یک بیماری خود ایمنی دارم

☐☐

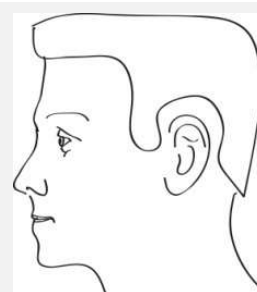
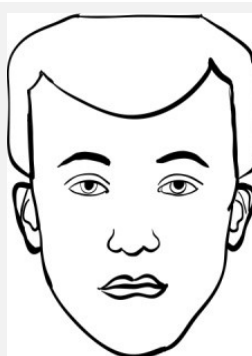
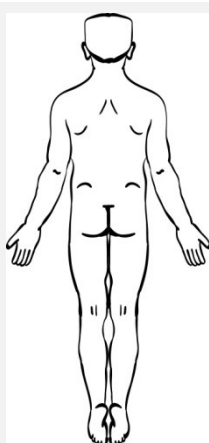
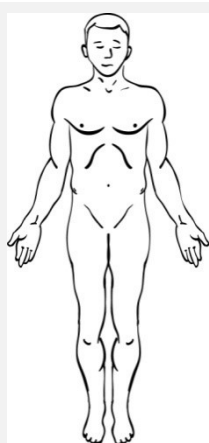
Wurden Sie bereits operiert?

آیا تا به حال جراحی شده اید؟

☐☐

Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.

اگر جواب مثبت است، کجا؟ لطفاً ترسیم کنید.

☐☐

Herz-Kreislauf-Erkrankung

بیماریهای قلب و عروق

Ja/ Nein/

بله خیر



Herzrhythmusstörungen	طپش قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	من تپش قلب دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	همیشه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	ناگهانی و شدید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	ضربان قلب من خیلی کوتاه قطع می شود.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher-Operation	جراحی به منظور گذاشتن باتری برای قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	من به این دلیل دارو مصرف می کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	فشار خون بالا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	بسته شدن رگها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	به این دلیل من جراحی شده ام.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stoffwechselerkrankungen

## بیماریهای متابولیک

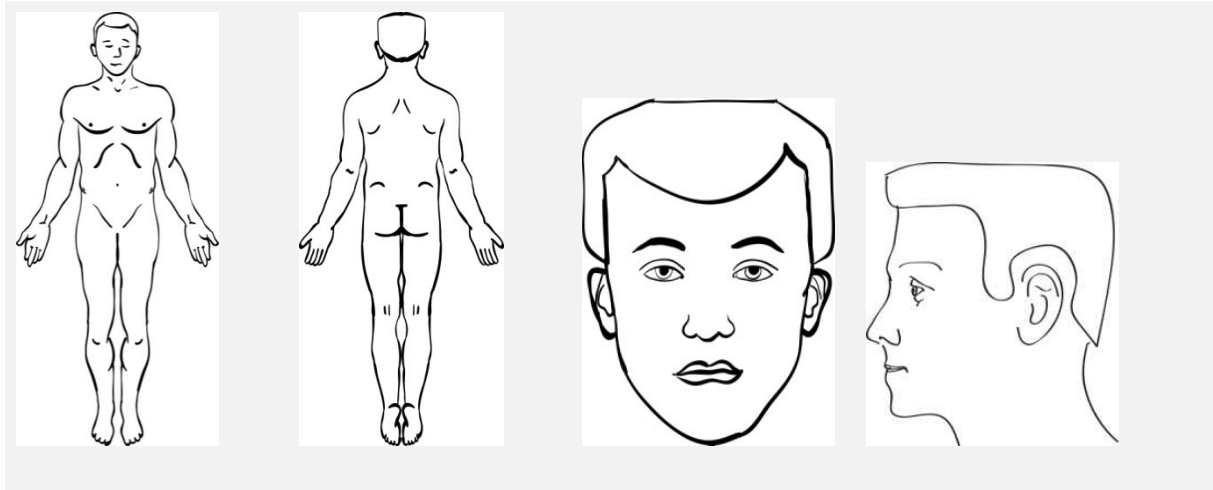
		Ja/ بله	Nein/ خیر
Diabetes	دیابت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	قرص	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/Spritze	انسولین/آمپول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	بیماریهای تیروئید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	بیماریهای انعقاد خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	آیا آلرژی نسبت به دارویی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien?	آیا آلرژی دیگری دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Haben Sie eine Tumorerkrankung?  
Wenn ja, bitte die Körperregion  
einzeichnen.

آیا سرطان دارید؟ اگر دارید کجا؟

☐ ☐



Chemotherapie	شیمی درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	پرتو درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	آرتروز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	رماتیسم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung	بیماریهای التهابی روده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	کولیت اولسراتیو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	بیماری کرون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	بیماریهای تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	یک نوع بیماری ریوی (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	آسم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Infektionskrankheit

## بیماریهای عفونی

Ja/ بله	Nein/ خیر
------------	--------------



HIV	ایدز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	هپاتیت ویروسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	سفلیس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	سل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	وبا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	آبله مرغان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	سرخک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	سرخجه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	دیفتری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	تیفوس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konsumieren Sie eine oder mehrere der folgenden Substanzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

کدامیک از مواد زیر را استفاده می کنید؟  
بزنید. علامت لطفاً

		Ja/ بله	Nein/ خیر
Alkohol	الکل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	نیکوتین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	مواد مخدر دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	من مواد مخدر مصرف می کنم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke Alkohol.	من الکل می نوشم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>