



Tigrinisch / ትግርኛ

13. Covid-19 Verdacht - Covid-19 Suspicion

DEUTSCH

ትግርኛ (TIGRINISCH)

Vorname	መጻው-ዲ ስም :
Nachname	ስም አቦ :
Geschlecht	ጾታ :
-weiblich	ጓለ ንስተይቲ / ጓል <input type="checkbox"/>
-männlich	ወዲ ተባዕታይ/ ወዲ <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	ቁመት አካላት ስንቲሜተር :
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	ክብደት ኑባሲ / አካላት ኪሎግራም :
	kg

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. ብክብረትኩም ንዘተዋሃበኩም ሳንዱቀ ምልእውን

	Ja/ እወ	Nein/ አይቶል
Angehöriger oder Ansprechpartner <i>ብቀረባ ወኪል ዝመድ ውይ መጻምድቲ አለካ/ኪ ዶ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <i>ንደቀንስቲዮ ዝምልከት : ኑባሲ ጸር ወይ ጥንስቲ ዲኪ ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. <i>እንድሕር ንስኪ/ንስኻ ብተከታታሊ መድሃኒት ትወስዱ/ደ ኪንኩም (ንኣኪምኩም ብትሕትና ሸም ናይ መድሃኒትኩም ክትሕብሩ ክነታሓሳስበኩም ንፍቱ)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. <i>ኣዘን ወይ ከአ ፍርሒ ይሰምዓኒ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhöhte Körpertemperatur/Fieber

ልዕሊ ዓቀን ናይ ስብነትና ዋሊ/ ረስኒ

Seit wann haben Sie erhöhte Körpertemperatur?	ካብ ምዓሰ ረስኒ ጀሚሩ-ኪ/ካ ጊዜ ወይ ምዓልታት?
--	---------------------------------



ein paar Stunden

ቆሩብ ስዓታት

1 Tag

ሓደ መዓልቲ

2 bis 6 Tage

ካብ ክልተ (2) ክሳብ ሽድሸተ (6) መዓልታት

über 1 Woche

ልዕሊ ሓደ ስሙን

1 Monat

ሓደ ወርሒ

JA/
አዎ

NEIN/
አይቶል

Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen?

መጠን መቆት ናይ ነብሲኪ/ኻ ብመዓቀኒ (Thermometer) ዓቂንኪዮ/ካዮ ዶ ኒርካ?

Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? Bitte aufschreiben

እንዲሕር እወ : ዓቀን መቆት ነብሲኪ/ካ ብትክክል ክንደይ ኔሩ? ብክብረትኩም ኣብዛ ባዶ ቦታ ጽሓፉልና _____ °C

Haben Sie Gliederschmerzen?

ቃንዛ ቕርጥማት ኣሎክን/ኩም ዲዩ?

Haben Sie Husten?

ሳዓል (ጉንፋዕ) ኣሎክን/ኩም ዶ?

Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf.

እነ ሳዓል (ጉንፋዕ) ኣሎኒ, ግን ደም ዝተሃወሶ ዓኽታ የብለይን ::

Haben Sie Halsschmerzen?

ቃንዛ ናይ ጎሮሮ ኣሎክን/ኩም ዶ?

Ich habe Halsschmerzen.

እነ ቃንዛ ናይ ጎሮሮ ኣለኒ ::

Ich habe Schnupfen.

እነ ጸረርታ ናይ ኣፍንጫ ኣለኒ ::

Ich habe Ohrenschmerzen.

እነ ቃንዛ ናይ እዝኒ ኣሎኒ ::

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?

ኣብ ክባቢኩም በዚ ሕጻንም ዘተጥቀዕ ስብ ኣላ/ሎ ዶ?

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

ኣብ ጊዜ ሸንቲ ማይ ተደፍእሉ/ኣሉ ቃንዛ ኣሎክን/ኩም ዶ?

Haben Sie Hautausschlag?

ኣለርጂ ኣሎክን/ኩም ዶ?

Haben Sie Bauchschmerzen?

ወሽጥዊ ቃንዛ (ኩብዲ) ኣሎክን/ኩም ዶ?

ካብ ምዓሰ ኣትሒዙ ሕጻረት ምስትንፋስ ጀሚሩኩም?



SEIT WANN HABEN SIE ATEMBESCHWERDEN?

- 1 Tag ሓደ ማዓልቲ
- 2 bis 6 Tage ካብ ክልተ (2) ክሳብ ስድሹተ (6) መዓልታት
- über 1 Woche ልዕሊ ሓደ ሰሙን
- 1 Monat ሓደ ወርሒ
- immer ኹሉ ጊዜ

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

*ብኸብረትኩም ነዘን ዝሰዕባ ሕቶታት ኣብዘን ኣብ
ታሕቲ ዘተዋሃባኩም ሳንዱቕ ኣጸለምዎን :*

		Ja/ እወ	Nein/ኣይፋል
Ich habe Atemnot.	<i>ኣነ ሕጽረት ምስትገፋስ ኣለኝ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	<i>ኣብ ጊዜ ልይቲ ዘተቆራረጸ ትገፋስ የስተገፋስ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<i>ኣነ ኮፊ ኢሉ ጥራይ እየ ዘድቕስ : ምኽኒያቱ ምስትገፋስ ሰለ ዘሓጽረኒ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche sehr laut.	<i>ኣነ ብጣዕሚ ኢየ ዘሕረንኸ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	<i>ኣነ ኔድሪ/ ሕበጠ ናይ ኣእጋር ኣለኒ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Atemnot haben, wann tritt diese auf?

*እንድሕረ ሕጽረት ምስትገፋስ ኣለኩም ኮይኑ, እዚ
መዓስ ጊዜ ይመጸኩም ?*

- bei körperlicher Anstrengung
oder Belastung *ኣብ ጊዜ ኣካላዊ ምንቅስቃስ ወይ ከኣ ኣብ ጊዜ ንጭንቀሉ*
- nachts oder im Liegen *ምሽት ወይ ከኣ ኣብ ጊዜ ደቃስ*

Haben Sie Husten? Wenn ja:

*ናይ ሰዓል ምልክታት ኣለኪ/ካ ዶ? እንድሕር እወ ኮይኑ
መልስኩም እንታይ ይመስል :*

- trockener Husten *ንቑጽ ደረቕ ሰዓል*
- Reizhusten *ሕረኽርኽ/ ቲኸቲኸታ ሰዓል*
- Husten mit Auswurf *ዓኸታ ዘለዎ ሰዓል*
- krampfartiger Husten *ብርቱዕ ቃንዛ ዘተሓወሶ ሰዓል/ እሑእታ ሰዓል*



Wann haben Sie Husten?	አበዩናይ ጊዜ ብብዝሒ የስዕለኪ/ካ ?
<input type="checkbox"/> Nachts	አብ ጊዜ ለይቲ ለይቲ
<input type="checkbox"/> morgens	አብ ጊዜ ንግሆ
<input type="checkbox"/> Mittags	አብ ጊዜ ቀትሪ
<input type="checkbox"/> Abends	አብ እዋን ናይ ምሽት
<input type="checkbox"/> Immer	ኹሉ ጊዜ
<input type="checkbox"/> nur im Liegen	ጥራይ አብ ዓራት ክድቅስ ከለኩ

Ja/ አወ Nein/አይፋል

Sind Sie heiser?	ላሕታት ዲኺ/ኻ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie Tabak?	ሸጋራ ተትክኺ/ኻ ዲኺ/ኻ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?	ናይ ምስትንፋስ ሽግር ኣለኩም ዶ ፣ እንድሕር ኑብሰኩም ኣንቀሳቅሰኩም?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?	ናይ ምስትንፋስ ሽግር ኣለኪ/ካ ዶ ? እንድሕር ዘይተንቀሳቂሰኪ/ካ ፣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeeengt an?	ምጸባብ ናይ ኣፍልቢ ይስምዓኪ/ካ ዶ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann fühlt sich ihr Brustkorb eingeeengt an?	እንተኾነ , መዓስ ኣፍልብኪ/ካ ማዕበሰቲ የስምዓኪ/ካ ?
<input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung	አብ ጊዜ ኣካላዊ ምንቅስቃስ ወይ ከኣ አብ ጊዜ ንጭንቀሉ
<input type="checkbox"/> in Ruhe	አብ ጊዜ ዕርፍቲ

Seit wann haben Sie Verdauungsprobleme?	ካብ ምዓስ ጊዜ ጀመሩ ድርቀትኪ/ካ?
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	ቅዱሚ ወሕዱ ሰዓታት
<input type="checkbox"/> 1 Tag	ሓደ ማዓልቲ
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	ካብ ክልተ (2) ክሳብ ሸይሽተ (6) መዓልታት
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ልዕሊ ሓደ ሰሙን
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ሓደ ወርሒ
<input type="checkbox"/> Immer	ኩሉ ጊዜ

Ja/ አወ Nein/አይፋል

Ist Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ዘሓመምኪ/ካ ዶ ኮይኑ ይስምዓኪ/ካ ? (ዕግርግር ዶ ይብልኪ/ካ)		



Haben Sie sich übergeben?

ተምላሰ አምሊሱኪ/ካ ደዩ?

Wenn ja:

እወ ተኾነ መልስኩም:

Einmal

ሓደ ጊዜ

ein- bis dreimal

ካብ ሓደ ከሳብ ሰለስተ ጊዜ ተምላሰ

mehr als dreimal

ልዕሊ ሰለስተ ጊዜ ተምላሰ

Wenig

ውሑዱ ተምላሰ

Schwallartig

ብሃንደበት ብርቱዕ ተምላሰ

mit Blutbeimengung_m

ምስ ደም ብሓንሳብ ዘተሓወሰ / ደም ዘትሓወሶ ተምላሰ

Ja/ እወ

Nein/አይፋል

HABEN SIE DURCHFALL?

ውጽኣት አለኪ/ካ ዶ ?

Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?

እወ ተኾነ *, ከንደይ ጊዜ ውጽኣት ኣብ ውሽጢ 24 ሰዓታት ኣውጺኩም?

Einmal

ሓደ ጊዜ

ein- bis dreimal

ካብ ሓደ ከሳብ ሰለስተ ጊዜ

mehr als dreimal

ካብ ሰለስተ ጊዜ ንላዕሊ

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?

ቀልቀልኪ/ካ ; እንታይ ዓይነት ደረጃ ሕፍሰት ወይ ምስሊ አለዎ?

Breiig

ሓፊሰ/ ቦጅቦጅ

Flüssig

ፈሳሲ

Wässrig

ምይማዮ

HERZ-KREISLAUF-
ERKRANKUNG

ሓፈሻዊ ሕማም ዙረት ደም ልቢ

		Ja/ እወ	Nein/ አይፋል
Herzrhythmusstörungen	ጸገም ናይ ልቢ ትርግታ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	ቁለጡፊ ህርመት ልቢ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	ኹሉ ጊዜ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	ብሃንደበት	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	አነ ተወሳኪ ፈላማይ ፍጥነት ህርመት ልቢ አሎኒ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher-Operation	መጥባሕቲ ናይ ፈላማይ ፍጥነት ትርግታ ልቢ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	አነ በዚ ዝሰዕብ ምክንያት መድሃኒት ይወሉድ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bluthochdruck	<i>ደም ብዝሒ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	<i>ምዕጻው መትንታት ደም .</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	<i>በዚ ምክንያት መጥባሕቲ ጌረ ኒረ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>