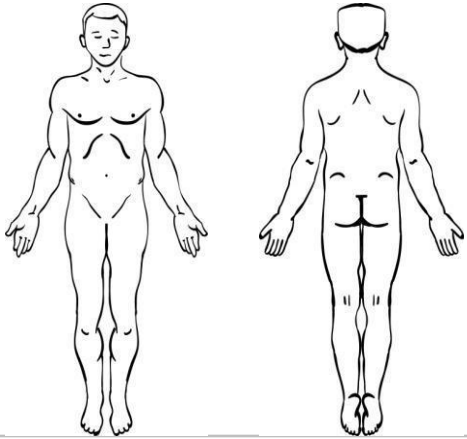
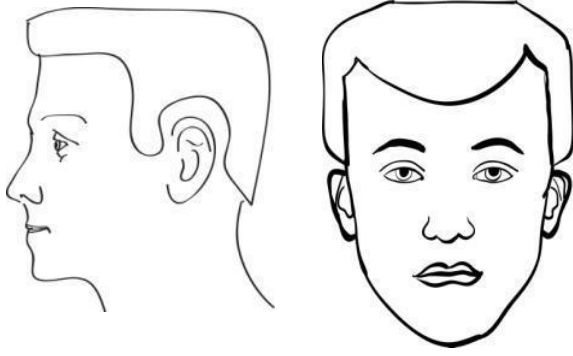


Urdu / اردو

12. Schwellung, Ödeme

سوجن / جلد میں ورم کی شکایت -

DEUTSCH	URDU
Wo ist die Schwellung? Bitte einzeichnen.	جسم کے کس حصے میں سوجن ہے - تصویر میں نشان لگائیں۔
	

		Ja/ ہاں	Nein/ نہی
Haben Sie oder hatten Sie innerhalb der letzten Woche eine Erkältung?	کیا آپ کو پچھلے ہفتوں میں ٹھنڈ لگی ہے - ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnschmerzen? Wenn ja, seit wann?	کیا آپ کے دانتوں میں درد ہے - ؟ جی ہاں، سے کب سے؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schwellung hat sich langsam entwickelt.	سوجن آہستہ آہستہ بڑھی ہے -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schwellung ist plötzlich aufgetreten.	سوجن ایک دم نمودار ہوئی ہے -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen an der geschwollenen Stelle?	کیا سوجن والے حصے میں تکلیف ہے - ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WENN JA: DIE SCHMERZEN WERDEN...	اگر ہاں تو درد ہوری ہے ----
<input type="checkbox"/> - mehr	زیادہ



<input type="checkbox"/> - weniger	کم
IST DER GESCHWOLLENE BEREICH GERÖTET? > Bitte kreuzen Sie Zutreffendes bei allen kommenden Fragen an.	کیا سوجن والی جگہ سرخ ہو چکی ہے۔ ؟ تمام سوالات کے متعلقہ جوابات پر نشان لگائیں
Wenn ja: Die Rötung werden...	اگر ہاں ... تو کیا سرخی بوری ہے
<input type="checkbox"/> - mehr	زیادہ
<input type="checkbox"/> - weniger	کم
<input type="checkbox"/> - sind gleich bleiben	ہمیشہ کی طرح ایک جیسی
Wann ist die Schwellung am stärksten?	کس وقت سوجن زیادہ ہوتی ہے ؟۔
<input type="checkbox"/> Nachts	رات کے وقت
<input type="checkbox"/> Morgens	صبح کے وقت
<input type="checkbox"/> Mittags	دوپہر کے وقت
<input type="checkbox"/> Abends	شام کے وقت
<input type="checkbox"/> Immer	ہمیشہ
<input type="checkbox"/> Die Schwellung ist unabhängig von der Tageszeit.	سوجن کا وقت کے ساتھ کوئی تعلق نہیں ہے۔
Welches Ereignis ging der Schwellung voraus?	جسم کے حصہ پر سوجن کی وجہ کیا ہو سکتی ہے ؟۔
<input type="checkbox"/> Insektenstich	کسی کیڑے کے کاٹنے کی وجہ سے۔
<input type="checkbox"/> Verletzung	زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> Unfall	کسی حادثے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> Operation	کسی آپریشن کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> starke körperliche Belastung	سخت جسمانی مشقت کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> Sonstiges	اس کے علاوہ کسی وجہ سے
Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?	کیا آپ درج ذیل میں سے کوئی بیماری ہے ؟۔
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	دل کی شریانوں کی بیماری
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber	جگر کی بیماری
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren	گردوں کی بیماری
<input type="checkbox"/> weitere Erkrankung > bitte notieren:	ان کے علاوہ کوئی اور بیماری - یہاں لکھیں -