



Urdu / اردو

1. Allgemeiner Anamnesebogen & persönliche Angaben

عام ابتدائی تشخیص اور ذاتی معلومات

DEUTSCH	اردو	
Vorname	نام کا پہلا حصہ	
Nachname	نام کا آخری حصہ	
Geschlecht	جنس	
-weiblich	عورت	<input type="checkbox"/>
-männlich	مرد	<input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	قد - سینٹی میٹر	cm
Körpergewicht in Kilogramm	وزن - کلوگرام	kg
Haben Sie eine feste Arbeitsstelle?	کیا آپ مستقل کام کرتے ہیں	
Wenn ja, ... - wo arbeiten Sie? - wie lange pro Tag arbeiten Sie? - wie lang ist ihre Anfahrtzeit? > Bitte notieren Sie.	اگر ہاں آپ کہاں کام کرتے ہیں ایک دن میں کتنی دیر کام کرتے ہیں کام پر جانے کا سفر کتنی دیر کا ہے مہربانی فرما کر لکھیں	
Arbeiten Sie mit chemischen Substanzen?	کیا آپ کا کام کیمیائی مادوں کے ساتھ ہے؟	<input type="checkbox"/> Ja / ہاں <input type="checkbox"/> Nein / نہیں

SEIT WANN SIND SIE IN DEUTSCHLAND?	جرمنی میں کتنے عرصہ سے ہیں
<input type="checkbox"/> 1 Tag	ایک دن
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	دو تا چھ دن



<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ سے زائد
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ
<input type="checkbox"/> länger als 1 Monat	ایک مہینہ سے زائد عرصہ
Auf welchem Weg sind Sie nach Deutschland gekommen?	
جرمنی کس راستہ سے آئے ہو	
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	متعلقہ پر نشان لگائیں
<input type="checkbox"/> östliche Landroute	مشرقی زمینی راستہ
<input type="checkbox"/> westliche Balkanroute	مغربی بلقان ممالک کے راستے
<input type="checkbox"/> Mittelmeer-Route	سمندری راستے
<input type="checkbox"/> Apulien/Kalabrien	اپولیا / کلابریا
<input type="checkbox"/> westafrikanische Route	مغربی افریقی راستہ

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.		متعلقہ جواب پر نشان لگائیں	
		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Kontaktdaten eines Ansprechpartners (Name, Telefonnummer) رابطہ کے لئے نام اور ٹیلیفون نمبر			
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? > Bogen 11 صرف عورتوں کے لئے - کیا آپ حاملہ ہیں - سوالنامہ نمبر 11 مکمل کریں۔؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie bestimmte Medikamente ein? Wenn ja, bitte zeigen Sie dem Arzt alle Medikamentenverpackung. کوئی دوائی لے رہی ہیں ؟ تو اس کی پیکنگ دکھائیں۔ اگر موجود ہے		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. میں غمگین ہوں اور مجھے خوف ہے		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Panikattacken. مجھ پر گھبراہٹ کا حملہ ہے		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Beschwerden (nur Zutreffendes ankreuzen):		موجودہ شکایت متعلقہ جواب پر نشان لگائیں	
<input type="checkbox"/> Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> S. BOGEN 2	(پرانی بیماری - سوالنامہ نمبر 2 مکمل کریں)		
<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> S. BOGEN 3	(درد - سوالنامہ نمبر 3 مکمل کریں)		
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> S. BOGEN 4	(سانس لینے میں دشواری - سوالنامہ نمبر 4 مکمل کریں)		



<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme <input type="checkbox"/> S. BOGEN 5	(ہاضمے کی شکایت۔ سوالنامہ نمبر 5 مکمل کریں)
<input type="checkbox"/> erhöhte Körpertemperatur/Fieber <input type="checkbox"/> S. BOGEN 6	جسم کا زیادہ درجہ حرارت / بخار – (سوالنامہ نمبر 6 مکمل کریں)
<input type="checkbox"/> Schwindel/Ohnmacht <input type="checkbox"/> S. BOGEN 7	(چکر آنا/ بے ہوش ہونا۔ (سوالنامہ نمبر 7 مکمل کریں)
<input type="checkbox"/> Schwäche/Abgeschlagenheit <input type="checkbox"/> S. BOGEN 8	(کمزوری / تھکاوٹ۔ (سوالنامہ نمبر 8 مکمل کریں)
<input type="checkbox"/> Ausschlag/Juckreiz/Rötung <input type="checkbox"/> S. BOGEN 9	خارش / الجھن / جلد کی سرخی۔ (سوالنامہ نمبر 9 مکمل کریں)
<input type="checkbox"/> Störung der Sinneswahrnehmung z.B. Lähmung/Taubheit/Kribbeln <input type="checkbox"/> S. BOGEN 10	حس کے مسائل - فالج/ بھرا پن سوالنامہ نمبر 10 مکمل کریں
<input type="checkbox"/> Gynäkologische Beschwerden <input type="checkbox"/> S. BOGEN 11	گائنی، پیدائش کے مسائل۔ سوالنامہ نمبر 11 مکمل کریں
<input type="checkbox"/> Schwellung und Ödeme <input type="checkbox"/> S. BOGEN 12	(سوجن، جلدی بیماری (سوالنامہ نمبر 12 مکمل کریں)