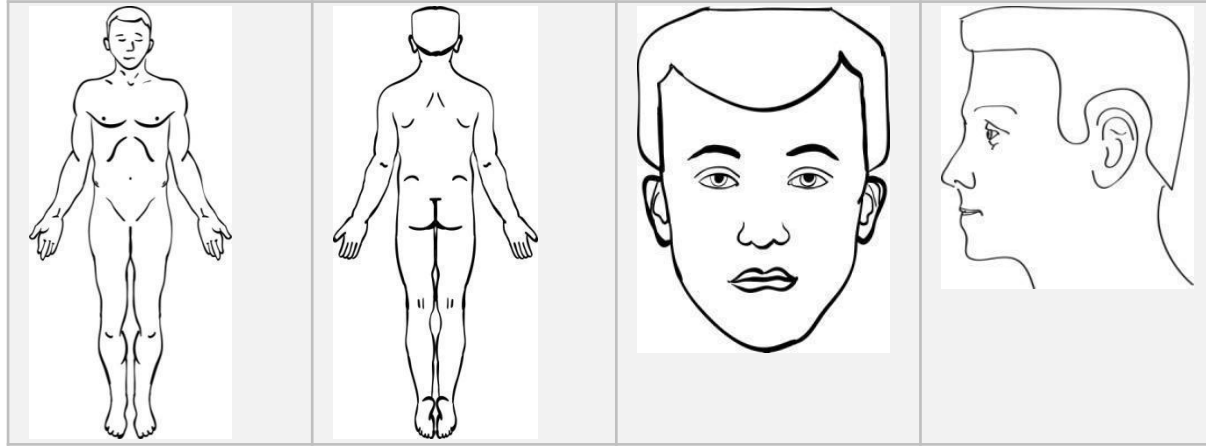




Urdu / اردو

2. Vorerkrankungen بیماریاں / پچھلی

DEUTSCH	اردو	Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	متعلقہ جگہ پر نشان لگائیں		
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	مجھے مدافعاتی نظام کے مسائل ہیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.	کیا پہلے آپ کا آپریشن ہو چکا ہے؟ اگر ہاں تو تصویر میں نشان لگائیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



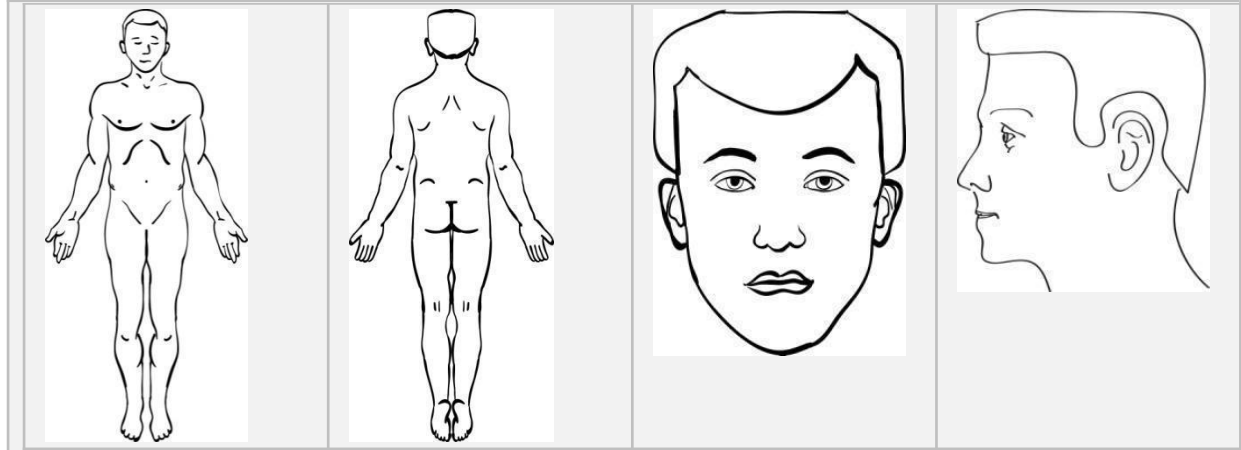
HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNG	دل کے امراض	Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Herzrhythmusstörungen	دل کی دھڑکن کے مسائل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	دل کی تیز دھڑکن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Immer	ہمیشہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anfallartig	اچانک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern.	(دل کا کا ڈوبنا) کبھی کبھی بند محسوس ہونا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage einen Herzschrittmacher.	دل کی رفتار ٹھیک رکھنے والا آلہ لگا ہوا ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund	اس وجہ سے دوائی لے رہا ہوں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Unklarheiten Frage überspringen -
مشکوک سوالات کو چھوڑ دیں -

Für die Richtigkeit der Übersetzung wird keine Haftung übernommen.
ترجمے کے حقیقی ہونے کی ذمہ داری نہیں ہے



Medikamente.			
Bluthochdruck	(بلند فشار خون) ہائی بلڈ پریشر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	شریانوں کی تنگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde am Herzen operiert. Wenn ja, was wurde gemacht und wann?	اس وجہ سے آپریشن ہوا ہے۔ اگر ہاں تو کب ہوا تھا ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen		ہاضمے کی خرابی کے مسائل	
		Ja/ ہاں	Nein نہیں
Diabetes	ذیابیطس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie hierzu Tabletten?	کیا آپ گولیاں لیتے ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spritzen Sie Insulin?	کیا آپ انسولین لگاتے ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	گلے میں تھائیرائڈ کے مسائل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	خون جمنے کے مسائل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? Wenn ja, gegen welche Medikamente?	کیا آپ کو مخصوص ادویات سے الرجی ہے ؟ اگر ہاں تو کن ادویات سے ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien? Wenn ja, welche?	کیا آپ کو کچھ خاص الرجی ہے ؟ اگر ہاں تو کونسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiter Erkrankungen ?		مزید بیماریاں ؟	
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	کیا آپ کو ٹیومر (گلتیوں) کی بیماری ہے ؟ اگر ہاں تو تصاویر میں اس حصے پر نشان لگائیں۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ja ہاں Nein نہیں

Chemotherapie	کیموتھراپی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	شعاعوں سے علاج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	آرتھروسیس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	گھٹنیا (جوڑوں کی سوجن اور درد)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung	آنتوں کی دائمی سوزش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulzerosa	معدے کا السر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	(بڑی آنت کی بیماری) (معدے کے مسائل)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	سانس کی نالی کے مسائل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	پھیپھڑوں کے دائمی مسائل سانس میں رکاوٹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	دمہ کی شکایت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheit ?

متعدی بیماریاں ؟

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
HIV	ایڈز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	(وہائی یرقان) (جراثیمی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	آتشک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ٹی بی -- تپ دق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	بیسہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	(خسرہ) (چکن پاکس)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	خسرہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	چنبل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Unklarheiten Frage überspringen -
مشکوک سوالات کو چھوڑ دیں -

Für die Richtigkeit der Übersetzung wird keine Haftung übernommen.
ترجمے کے حقیقی ہونے کی ذمہ داری نہیں ہے



Diphtherie	(ڈیفٹیریا) گلے کی بیماری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	ٹیفائیڈ بخار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie eine oder mehrere der folgenden Substanzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.		کیا آپ درج ذیل اشیاء استعمال کرتے ہیں؟ اگر ہاں تو متعلقہ اشیاء کے سامنے نشان لگائیں	
		Ja/ ہاں	Nein نہیں
Alkohol	شراب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	تمباکو - سگریٹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis). Wenn ja, welche und wie oft?	میں منشیات (بھنگ بھی) استعمال کرتا ہوں؟ اگر ہاں تو کونسی اور کتنی بار؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>