



## Urdu / اردو

### 11. Gynäkologische Beschwerden

#### گائنی کے مسائل

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?	آپ کو یہ شکایات کب سے ہیں؟
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	متعلقہ جگہ پر نشان لگائیں
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	چند گھنٹوں سے
<input type="checkbox"/> 1 Tag	ایک دن سے
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	دو تا چھ دنوں سے
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ سے زائد وقت سے
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سے

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur Zeit zutrifft.	آپ کو رواں وقت میں کیا شکایات ہیں۔ نشان لگائیں	Nein/ نہیں	Ja/ نہیں
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang	پاخانہ کرتے وقت مشکلات کا سامنا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?	پیشاب کرتے وقت تکلیف کا سامنا۔ اگر ہاں، کونسی؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Brennen beim Wasserlassen.	پیشاب جلن کے ساتھ آنا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wasserlassen nicht möglich	پیشاب کرنا ممکن نہیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Urin rot/blutig	سرخ خون آمیز پیشاب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Menstruationsbeschwerden	حیض (ماہواری) کے عام مسائل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsblutung mit Schmerzen	حیض کے دوران بہت زیادہ درج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Stillen des Kindes	بچے کو دودھ پلاتے وقت تکلیف کا سامنا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	ہمبستری کے دوران بہت درد کا سامنا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Brüste	چھاتیوں میں بہت درد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten in der Brust	چھاتیوں میں گانٹھ محسوس ہونا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Unklarheiten Frage überspringen

سوالات کے جوابات مشکوک ہونے کی صورت میں چھوڑ دیں۔

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



Ausfluss aus der Brustwarze	چھاتی کی نپل سے مواد کا خارج ہونا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginaler Ausfluss	اندام نہانی سے مواد کا اخراج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?</b> Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	اگر ہاں۔ تو آپ اندام نہانی سے خارج ہونے والے مواد کو کیسے بیان کرتے ہیں؟ متعلقہ جگہ پر نشام لگائیں۔
<input type="checkbox"/> gelb	زرد رنگ کا
<input type="checkbox"/> blutig	خون کی آمیزش والا
<input type="checkbox"/> übelriechend	بدبودار
<b>Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?</b>	پچھلے حیض کا پہلا دن کب تھا ؟
<input type="checkbox"/> heute	آج
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	ایک سے پانچ دن قبل
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	پچھلے تین ہفتوں کے دوران
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	ایک مہینہ سے زائد
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	چھ مہینوں سے زائد
<input type="checkbox"/> Ich hatte die Menstruationsblutung noch nie oder ich habe Sie nicht mehr.	کبھی بھی نہیں یا اب نہیں ہوتے

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Ich habe vaginalen Juckreiz oder Brennen.	مجھے اندام نہانی میں خارش یا جلن ہوتی ہے	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	میں حیض کے بندش کے ایام کے دوران ہوں۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	میرے حیض پہلے ہی بند ہو چکے ہیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	کیا آپ حاملہ ہوسکتی ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	کیا آپ باقاعدگی سے بمبستری کرتی ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	میں نے کبھی بمبستری نہیں کی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie? Wenn ja:	کیا آپ مانع حمل اشیاء استعمال کرتی ہیں؟ اگر ہاں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Unklarheiten Frage überspringen

سوالات کے جوابات مشکوک ہونے کی صورت میں چھوڑ دیں۔

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



Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	مانع حمل گولیاں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	کنڈوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	کیا حیض باقاعدگی سے آتے ہیں ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal schwanger?	کیا آپ کبھی حاملہ ہوئی ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	کیا آپ کے بچے ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□	اگر ہاں ، تو کتنے بچے ہیں۔ ؟ خانوں میں نشان لگائیں □□□□□□□□□□□□□□□□		
Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	کیا ایک یا زیادہ بار زچگی کے مسائل ہوئے ہیں؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	کیا اس سے پہلے کبھی قبل از وقت، آپریشن سے حمل ضائع ہوا ہے؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Ihre Kinder zur Welt gekommen?	بچوں کی پیدائش کیسے ہوئی تھی؟
<input type="checkbox"/> normal	نارمل
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	آپریشن سے
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	بچوں کی عمریں کتنی ہیں۔ اگر زیادہ ہیں تو زیادہ جگہوں پر نشان لگائیں
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	ایک سال سے کم
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	ایک تا تین سال تک
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	تین سال سے زائد
Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.	کیا آپ کے جسمانی اعضاء کا اس سے پہلے آپریشن ہو چکا ہے متعلقہ جگہ پر نشان لگائیں ۔
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	بچہ دانی
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	بیضی دانی
<input type="checkbox"/> Brüste	چھاتی
<input type="checkbox"/> Darm	بڑی آنت - معدہ
<input type="checkbox"/> Blinddarm	اپنڈیکس
<input type="checkbox"/> Gallenblase	مٹانے

Bei Unklarheiten Frage überspringen

سوالات کے جوابات مشکوک ہونے کی صورت میں چھوڑ دیں ۔

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



<input type="checkbox"/> anderes Bauchorgan	پیٹ کے دوسرے اعضاء
Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.	کیا آپ کی فیملی میں دوسرے افراد درج ذیل بیماریوں میں مبتلا ہیں اگر ہاں تو متعلقہ جگہ پر نشان لگائیں
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	ذیابیطس - بلڈ شس
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	بلند فشار خون - ہائی بلڈ پریشر
<input type="checkbox"/> Geburtsfehler	بچوں کا ضائع ہونا -
Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe:	جسم کے درج ذیل حصوں پر بدترین بیماری ہو چکی ہے۔
<input type="checkbox"/> Brust	چھاتی
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	بچہ دانی
<input type="checkbox"/> Gebärmutterhals	بچہ دانی کی نالی
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	بیضہ دانی
<input type="checkbox"/> Darm	معدہ - بڑی آنت
<input type="checkbox"/> sonstige Organe	دوسرے اعضاء
<input type="checkbox"/> Thrombose	(تھرومبوسس) خون کی نالیوں کا تنگ ہونا
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	پھیپھڑوں کی بیماری
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	خون کے بہاؤ میں رکاوٹ
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	پچھلی بار کب لیڈی ڈاکٹر کے پاس گئی تھیں -
<input type="checkbox"/> noch nie	کبھی نہیں
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	ایک سال قبل
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	پانچ سال قبل
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	پانچ سال سے زائد عرصہ قبل
<input type="checkbox"/> Sonstiges. Bitte notieren Sie.	اس علاوہ ہوتو لکھیں
<b>Schwangerschaft</b>	<b>حمل</b>
Gibt es irgendwelche Dokumente (z.B: Mutterpass) über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt.	کیا حمل کے متعلق کوئی دستاویز ہے ؟ اگر ہے تو ڈاکٹر کو دکھائیں
In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? Bitte markieren Sie die Anzahl der	حمل کو کتنے ہفتے ہوئے ہیں ؟ خانوں میں نشان لگائیں یا نیچے لکھیں

Schwangerschaftswochen mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□...□ ..oder notieren Sie bitte hier eine Zahl: _____ _____	
<b>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</b>	
<input type="checkbox"/> Welche Blutgruppe haben Sie?	متعلقہ جگہ پر نشان لگائیں خون کا گروپ کونسا ہے؟
<input type="checkbox"/> A	A
<input type="checkbox"/> B	B
<input type="checkbox"/> 0	0
<input type="checkbox"/> Rhesus positiv	Rhesus +
<input type="checkbox"/> Rhesus negativ	Rhesus -