



اردو / Urdu

5. Verdauungsprobleme کی خرابی

کے مسائل

SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?		آپ کو ہاضمے کا مسئلہ کب سے ہے؟	
Wenn alle mit * markierten Punkte zutreffen, besteht wahrscheinlich erhöhte Ansteckungsgefahr und eine Isolation des*r Patienten*in wird empfohlen.		جب * والے سوالات کے جوابات " ہاں " میں ہوتو بیماری کے پھیلنے کا خطرہ ہوسکتا ہے۔ اس لئے آپ کو الگ رہنے کا کہا جاسکتا ہے۔	
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden		ایک دو گھنٹوں سے	
<input type="checkbox"/> 1 Tag		ایک دن سے	
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage		دو تا چھ دن سے	
<input type="checkbox"/> über 1 Woche		ایک ہفتے سے زائد عرصہ	
<input type="checkbox"/> 1 Monat		ایک مہینہ سے	
<input type="checkbox"/> Immer		ہمیشہ سے	
		Ja/ہاں	Nein/نہیں
Ist Ihnen übel? کیا آپ بیماری محسوس کر رہے ہیں؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich übergeben? کیا آپ کو الٹی ہوئی ہے؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:		اگر ہاں	
<input type="checkbox"/> einmal		ایک بار	
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal		ایک سے تین بار	
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal		تین بار سے زائد	
<input type="checkbox"/> wenig		کم مقدار میں	
<input type="checkbox"/> schwallartig		اچانک بہت زیادہ مقدار میں	
<input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung		خون کے ساتھ الٹی ہونا	
		Ja/ہاں	Nein/نہیں
HABEN SIE DURCHFALL? کیا آپ کو اسہال (جلاب) ہیں؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?		اگر ہاں - تو پچھلے 24 گھنٹوں میں کتنی بار؟	
<input type="checkbox"/> einmal		ایک بار	
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal		ایک تا تین بار	



<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	تین بار سے زیادہ
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?	آپ کے پاخانے کی کیا صورتحال ہے۔؟
<input type="checkbox"/> fest	سخت
<input type="checkbox"/> breiig	نرم
<input type="checkbox"/> flüssig	پتلی
<input type="checkbox"/> wässrig	پانی کی طرح

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Haben Sie Blut im Stuhl?*	کیا پاخانے میں خون شامل ہے۔؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber?*	کیا آپ کو بخار ہے۔؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verstopfung?	کیا آپ کو قبض ہے۔؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann war Ihr letzter Stuhlgang?	پچھلی بار کب پاخانہ کیا تھا۔؟		
<input type="checkbox"/> vor 3 Tagen	تین دن پہلے		
<input type="checkbox"/> vor 5 Tagen	پانچ دن پہلے		
<input type="checkbox"/> vor mehr als einer Woche	ایک ہفتہ سے زائد عرصہ پہلے		
Wie viel Flüssigkeit trinken Sie?	آپ کتنا پانی وغیرہ پیتے ہیں۔؟		
<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter am Tag	دن میں ایک لیٹر سے کم		
<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Liter am Tag	دن میں ایک تا دو لیٹر		
<input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter am Tag	دن میں دو لیٹر سے زائد		

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Ich habe weniger Appetit als sonst.	مجھے معمول سے کم بھوک لگتی ہے	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe so viel Appetit wie immer.	مجھے معمول کے مطابق بھوک لگتی ہے	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie etwas Verdorbenes gegessen haben?	کیا ممکن ہے کہ آپ نے کوئی ناکارہ خراب (چیز کھا لی ہو)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	کیا آپ کے آس پاس کوئی بیمار ہے	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>