

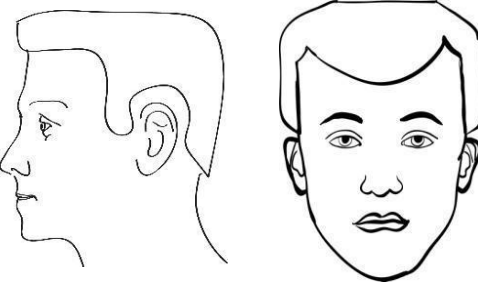
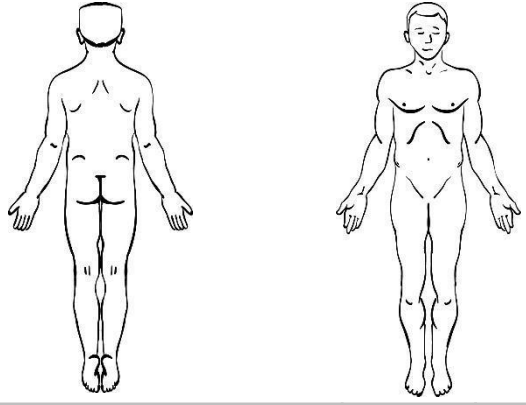


Urdu / اردو

10. Störung der Sinneswahrnehmung

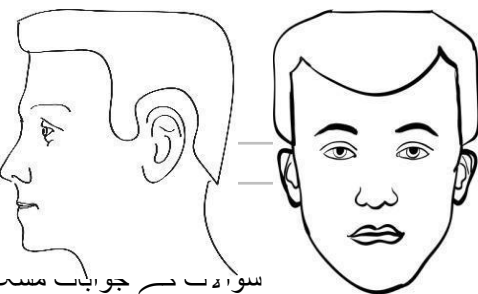
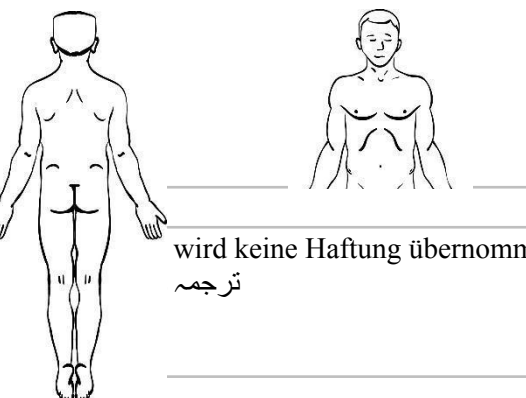
حواس کے ادراک کے مسائل -

Deutsch	Urdu / اردو		
Info: Sie werden im Laufe des Bogens nach verschiedenen Störungen der Sinneswahrnehmung gefragt. Falls eine Störung nicht auf Sie zutrifft kreuzen Sie bitte “nein” an und überspringen den Part/die folgenden Fragen hierzu.	خبردار - اس سوالنامے میں آگے چل کے آپ سے حواس کی مختلف بیماریوں کے متعلق پوچھا جائے گا۔ اگر آپ کا جواب (نہیں) میں ہو تو اس حصے کے باقی سوالات کو چھوڑ دیں -		
		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	میں زخمی ہوں یا کوئی حادثہ ہوا ہے -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	میرے کمر میں درد کے مسائل ہیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	میری ریڑھ کی ہڈی کے نچلے حصے میں مسئلہ ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	مجھے اعصابی مسائل کا سامنا ہے -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Multiple Sklerose.	مجھے ہڈیوں کے بھرنے کی بیماری ہے	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems.	میرے اعصابی نظام کے حصے میں گلیٹیاں موجود ہیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall. Wenn ja, wann? Bitte notieren Sie.	مجھے پہلے فالج کا حملہ ہوچکا ہے۔ اگر ہاں کب؟ لکھیں -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	بے حس ہونا - جسم کا سوجانا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	اگر ہاں تو تصویر میں نشان لگائیں -		

	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ja/ ہاں Nein/ نہیں </div>
<p>Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.</p>	<p>میں اپنے جسم کے دونوں حصوں میں فرق محسوس کرتا ہوں۔</p>
<p>Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</p>	<p>یہ مسئلہ کب سے محسوس کر رہے ہیں؟ نشان لگائیں۔</p>

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<p>چند گھنٹوں قبل</p>
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<p>ایک دن قبل</p>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<p>دو تا چھ دن قبل</p>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<p>ایک ہفتہ سے زائد عرصہ قبل</p>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<p>ایک مہینہ قبل</p>
<p>Wie haben die Beschwerden eingesetzt?</p>	<p>تکلیف کیسے شروع ہوئی؟</p>
<input type="checkbox"/> schleichend	<p>آہستہ آہستہ</p>
<input type="checkbox"/> plötzlich	<p>اچانک</p>
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<p>کسی حادثے یا زخمی ہونے کی وجہ سے</p>
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<p>کسی اور واقعہ کے وجہ سے</p>

<p>LÄHMUNG</p>	<p>فالج کا حملہ</p>	<p>Ja/ ہاں</p>	<p>Nein/ نہیں</p>
<p>Wenn ja: Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.</p>	<p>اگر ہاں تو جسم کے کس حصے میں؟ تصویر میں نشان لگائیں۔</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

	
---	--

Bei Unklar
überspringe

سوال سے جوابات مسموک ہونے کی صورت میں چھوڑ دیں۔

تکلیف کی ذمہ داری

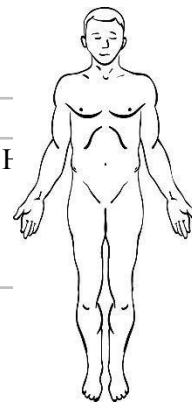
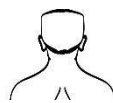
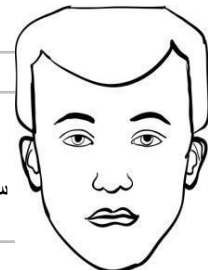
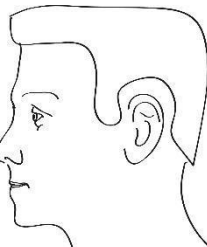
wird keine Haftung übernommen.
ترجمہ



		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	میری موجود بیماری صرف جسم کے ایک حصے کو ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	یہ مسئلہ کب سے ہے - ؟ متعلقہ جگہ پر نشان لگائیں۔		

<input type="checkbox"/> seit ein paar Stunden	چند ہفتوں 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 عرصہ سے
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سے
Wie haben die Beschwerden eingesetzt? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	بیماری کیسے شروع ہوئی - ؟ متعلقہ جواب پر نشان لگائیں
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے یا زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	کسی اور واقعہ کی وجہ سے

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Mir ist schwindelig.	مجھے چکر آتے ہیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln	جسم میں الجھن ہونا (جلد میں (کت کتاریاں محسوس ہونا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	اگر ہاں تو کس حصے میں؟ تصویر میں نشان لگائیں۔		



Bei Unklarheit
überspringen
کوک ہونے کی
میں چھوڑ دیں۔

Richtigkeit der Übersetzung wird keine F
ترجمہ کے حقیقی ہونے کی ذمہ داری

namen.

3



		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	میری موجود بیماری جسم کے ایک حصہ میں ہے -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	آپ کو یہ مسئلہ کب سے ہے ؟ متعلقہ جواب پر نشان لگائیں -		

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	چند گھنٹے قبل
<input type="checkbox"/> 1 Tag	ایک دن قبل
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	دو تا چھ دن قبل
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ قبل
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ قبل
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	بیماری کیسی شروع ہوئی ؟
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے یا زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	کسی اور واقعہ کی وجہ سے
Welche Qualität haben die Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	بیماری کو کیسے بیان کر سکتے ہیں ؟
<input type="checkbox"/> zunehmend	بڑھ رہی ہے
<input type="checkbox"/> konstant	مستقل ایک جیسی ہے
<input type="checkbox"/> abnehmend	کم ہو رہی ہے
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	کبھی کم اور کبھی زیادہ ہوتی ہے -
<input type="checkbox"/> wandernd	اپنی جگہ تبدیل کرتی رہتی ہے -
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	جسمانی حرکات کے بوجھ سے شدید ہوتی ہے -



<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	چلنے پھرنے سے کم ہوتی ہے۔
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	حرکت کرنے سے شدید ہوتی ہے۔

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Kraftverlust	جسم کے حصے سے طاقت کا ختم ہونا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja: Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

اگر ہاں تو جسم کے کس حصے سے؟
تصویر میں نشان لگائیں

Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	میری موجودہ بیماری جسم کے ایک حصے میں ہے۔ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	یہ دشواری کب سے محسوس کرتے ہیں؟

<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 سے چھ دن سے
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ سے زائد عرصہ سے
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سے
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	بیماری کیسے شروع ہوئی؟
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے کی وجہ سے یا زخمی ہونے کی وجہ سے

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"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	کسی دوسرے واقعہ کی وجہ سے
---	---------------------------

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Verlust des Geschmackssinnes	ذائقے کا خاتمہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	یہ مسئلہ کب سے ہے؟ متعلقہ جواب 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 دن سے
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ سے زائد عرصہ سے
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سا
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	بیماری کیسے شروع ہوئی؟
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے کی وجہ سے یا زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	کسی دوسرے واقعہ کی وجہ سے

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen.	میں کسی چیز کا ذائقہ محسوس نہیں کرتا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden.	میں اپنے منہ گرم اور سرد اشیاء محسوس نہیں کرتا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen:	میں یہ ذائقے محسوس نہیں کر سکتا
<input type="checkbox"/> süß	میٹھا
<input type="checkbox"/> sauer	کھٹا۔
<input type="checkbox"/> salzig	نمکین
<input type="checkbox"/> bitter	تیکھا۔ ترش
<input type="checkbox"/> scharf	مصالحے دار

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
--	--	---------	------------

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۔



Mein Gehör hat sich verschlechtert.	میری قوت گویائی (سننے کی حس) متاثر ہوئی ہے	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja:	اگر ہاں -
<input type="checkbox"/> beide Ohren	دونوں کانوں سے
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	صرف ایک کان سے

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Ich höre nichts mehr.	مجھے بالکل سنائی نہیں دیتا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, ich höre nichts mehr auf:	اگر ہاں - مجھے سنائی نہیں دیتا
<input type="checkbox"/> beiden Ohren	دونوں کانوں سے
<input type="checkbox"/> nur auf einem Ohr Auf welchem Ohr hören Sie nichts mehr? Bitte notieren Sie.	صرف ایک کان سے نہیں سنائی دیتا۔ کس کان سے ؟ لکھیں

		Ja/ ہاں	Nein/ نہیں
Mir ist schwindelig.	مجھے چکر آتے ہیں -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	میرے کانوں میں درد ہے -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	یہ مسئلہ کب سے ہے ؟ متعلقہ جواب 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 دن سے
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ سے زائد عرصہ سے
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سے
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	بیماری کیسے شروع ہوئی ؟
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے یا زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	کسی اور واقعہ کی وجہ سے

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 -



Meine Sehvermögen hat sich verschlechtert.	میری بینائی متاثر ہوئی ہے۔	Ja/ ہاں <input type="checkbox"/>	Nein/ نہیں <input type="checkbox"/>
Ich habe neu auftretende Sehstörungen.	مجھے کم دکھائی دیتا ہے۔ جو پہلے نہیں تھا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:	اگر ہاں
<input type="checkbox"/> beidseitig	دونوں آنکھوں سے
<input type="checkbox"/> einseitig Wenn ja, auf welchem Auge tritt die Sehstörung auf? Bitte notieren Sie.	ایک آنکھ سے - اگر ہاں تو کس آنکھ سے؟ لکھیں

		Ja/ ہاں <input type="checkbox"/>	Nein/ نہیں <input type="checkbox"/>
Ich sehe verschwommen/unscharf.	مجھے دھندلا دکھائی دیتا ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	مجھے قریب دیکھنے میں دشواری ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	مجھے دور دیکھنے میں دشواری ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	مجھے چیزیں دہری (دو - دو) دکھائی دیتی ہیں۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	مجھے ایسے نظر آتا ہے جیسے غار کے اندر سے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	میں رنگوں میں فرق نہیں کر سکتا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	مجھے چکر آتے ہیں۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	آپ کو یہ مسئلہ کب سے ہے۔ ؟ متعلقہ جواب 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 عرصہ سے
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سے
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	یہ بیماری کیسے آئی تھی؟
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک



<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے یا زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	یا کسی اور واقعہ کی وجہ سے

Mein Geruchssinn hat sich verschlechtert.	میری سونگھنے کی حس متاثر ہوئی ہے۔	Ja/ ہاں <input type="checkbox"/>	Nein/ نہیں <input type="checkbox"/>
Ich habe meinen Geruchssinn verloren.	میری سونگھنے کی طاقت کھو گئی ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.	میری سونگھنے کی طاقت معمول سے کم ہو گئی ہے۔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen.	میں صرف تیز اور بدبو سونگھ سکتا ہوں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	آپ کو یہ مسئلہ کب سے ہے۔ ؟ متعلقہ جواب پر نشان لگائیں۔		

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	چند گھنٹوں سے
<input type="checkbox"/> 1 Tag	ایک گھنٹے سے
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	دو تا چھ دن سے
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	ایک ہفتہ سے زائد
<input type="checkbox"/> 1 Monat	ایک مہینہ سے زائد
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	بیماری کیسے شروع ہوئی ؟
<input type="checkbox"/> schleichend	آہستہ آہستہ
<input type="checkbox"/> plötzlich	اچانک
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	کسی حادثے یا زخمی ہونے کی وجہ سے
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	یا کسی اور واقعہ کی وجہ سے