

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**medilang demo****Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie als Kind?****Which of the following illnesses did you have as a child?****Asthma****asthma**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

**Diphtherie****diphtheria**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

**Masern****measles**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

**Scharlach****scarlet fever**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

**Mumps****mumps**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

**Keuchhusten****whooping cough**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

**Kinderlähmung (Polio)****Poliomyelitis**

- Ja  Yes  
 Nein  No  
 Weiss nicht  Don't know

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**medilang demo****Röteln**

Ja  Yes \_\_\_\_\_  
 Nein  No \_\_\_\_\_  
 Weiss nicht  Don't know \_\_\_\_\_

**rubella****Fieberkrämpfe**

Ja  Yes \_\_\_\_\_  
 Nein  No \_\_\_\_\_  
 Weiss nicht  Don't know \_\_\_\_\_

**fever cramps****Tuberkulose**

Ja  Yes \_\_\_\_\_  
 Nein  No \_\_\_\_\_  
 Weiss nicht  Don't know \_\_\_\_\_

**tuberculosis****Rachitis**

Ja  Yes \_\_\_\_\_  
 Nein  No \_\_\_\_\_  
 Weiss nicht  Don't know \_\_\_\_\_

**rickets****rheumatisches Fieber**

Ja  Yes \_\_\_\_\_  
 Nein  No \_\_\_\_\_  
 Weiss nicht  Don't know \_\_\_\_\_

**rheumatic fever****Windpocken**

Ja  Yes \_\_\_\_\_  
 Nein  No \_\_\_\_\_  
 Weiss nicht  Don't know \_\_\_\_\_

**chickenpox**

ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_