

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 _____
 Nein _____
 Weiss nicht _____

rubella

- Yes _____
 No _____
 Don't know _____

Fieberkrämpfe

- Ja _____
 Nein _____
 Weiss nicht _____

fever cramps

- Yes _____
 No _____
 Don't know _____

Tuberkulose

- Ja _____
 Nein _____
 Weiss nicht _____

tuberculosis

- Yes _____
 No _____
 Don't know _____

Rachitis

- Ja _____
 Nein _____
 Weiss nicht _____

rickets

- Yes _____
 No _____
 Don't know _____

rheumatisches Fieber

- Ja _____
 Nein _____
 Weiss nicht _____

rheumatic fever

- Yes _____
 No _____
 Don't know _____

Windpocken

- Ja _____
 Nein _____
 Weiss nicht _____

chickenpox

- Yes _____
 No _____
 Don't know _____

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____