

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Nehmen Sie zur Zeit eines oder mehrere der unten aufgeführten Medikamente? Bitte markieren Sie alle Antworten, die auf Sie zutreffen.

- Nein, nehme keine Medikamente _____
- Aspirin, ASS (Acetylsalicylsäure) _____
- Abführmittel _____
- Blutgerinnungs-hemmende Mittel (Blutverdünner) _____
- Entwässernde Mittel (Wassertabletten) _____
- Herzmedikamente _____
- Antibabypille, Hormone _____
- Mittel gegen Asthma _____
- Mittel gegen Bluthochdruck _____
- Mittel gegen erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinsenker) _____
- Mittel gegen Gicht _____
- Mittel gegen Rheuma _____
- Mittel gegen Zucker-krankheit (Diabetes) _____
- Schmerzmittel _____
- Schlafmittel, Beruhigungsmittel _____
- Nehme ein anderes Medikament _____

Are you currently taking one or more of the drugs/medications which are listed below? Please check all answers that apply.

- No, not taking any medication at all _____
- aspirin, ASA _____
- laxative _____
- blood-thinning medication, anticoagulant _____
- diuretic

- heart medication _____
- contraceptive pill, hormones, _____
- asthma medication _____
- medication for high blood pressure _____
- medication for lowering cholesterine levels _____
- medication for gout _____
- medication for rheumatism _____
- diabetes medication _____
- pain medication _____
- sleeping pills _____
- Some other medication _____

Wenn Sie können, zeigen Sie mir bitte die Packung oder schreiben Sie den Namen des Medikaments und die Dosierung auf.

Please show me the package if you can or write down the name of the medication and the prescribed dose.

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Ich möchte Sie jetzt zu Ihrer Krankengeschichte befragen.

Now I would like to ask you about your medical history.

Welche der folgenden Krankheiten haben Sie zur Zeit oder hatten Sie früher schon einmal? Bitte markieren Sie alle Antworten, die auf Sie zutreffen.

Which of the following illnesses do you currently have or did you have in the past? Please tick all answers that apply to you.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> cancer |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> heart insufficiency |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> heart disease |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> heart attack |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmus-störungen | <input type="checkbox"/> Arrythmia, irregular heart beat |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheit, Verkalkungen | <input type="checkbox"/> Peripheral arterial disease, hardening of the arteries |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> stroke |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette (Cholesterin) | <input type="checkbox"/> High cholesterine level |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> asthma |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Emphysem (Lungenüberblähung) | <input type="checkbox"/> emphysema |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Angina (Mandel-, Hals-, Rachenentzündung) | <input type="checkbox"/> Tonsillitis, inflammation of the throat, pharynx |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheit (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis) | <input type="checkbox"/> skin disease (e.g. psoriasis, neurodermitis) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> epilepsy |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt) | <input type="checkbox"/> cataracts |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Thyroid disorder |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> anemia |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> hemophilia |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheit | <input type="checkbox"/> blood disease |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> rheumatism |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> gout |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-, Bandscheibenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Problems with back, spine, intervertebral discs |
| <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="checkbox"/> gastric ulcer disease |
| <input type="checkbox"/> Magen-, Zwölffingerdarmgeschwür | <input type="checkbox"/> Peptic, or duodenal ulcer |
| <input type="checkbox"/> Chronische Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Chronic bowel disease |
| <input type="checkbox"/> M. Crohn | <input type="checkbox"/> Crohn's disease |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> liver cirrhosis |

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| Gallensteine | <input type="checkbox"/> | gallstones |
| Bauchspeicheldrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | pancreatitis |
| Nierensteine | <input type="checkbox"/> | Kidney Stones |
| Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> | Inflammation of kidney pelvis |
| Blasenentzündungen | <input type="checkbox"/> | bladder infection |
| Erkrankung der Vorsteherdrüse | <input type="checkbox"/> | Disorder of the prostate gland |
| Erkrankung des Genitalbereichs | <input type="checkbox"/> | Disorder of the genital area |
| Erkrankung der Brustdrüsen | <input type="checkbox"/> | Disorder of the mammary glands |
| Fettleber | <input type="checkbox"/> | Fatty liver |
| Nerven-, Gemüts- oder Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> | Nervous disorder, mental illness |

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit schweren Verletzungen?

Ja _____ Nein _____

Have you ever had an accident with serious injuries?

 Yes No

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja _____ Nein _____

Have you ever had an operation?

 Yes No

Wenn ja, an welchem Organ oder Körperteil wurden Sie operiert?

Kopf _____

Hals, Nacken _____

Augen _____

Ohren _____

Schilddrüse _____

Herz _____

Gefäße _____

Lunge _____

Magen, Dünn- oder Dickdarm _____

Leber, Gallenblase _____

Nieren _____

Blinddarm, Appendix _____

Gebärmutter, Eierstöcke _____

Prostata _____

Bein, Knie, Fuß _____

Hüfte _____

Rücken, Wirbelsäule _____

anderes Organ bzw. Körperteil _____

If yes, which part of the body was operated on?

 head _____ neck _____ eyes _____ ears _____ thyroid gland _____ heart _____ blood vessels _____ lungs _____ stomach, large or small bowels _____ liver, gall bladder _____ kidneys _____ appendix _____ uterus, ovaries _____ prostate gland _____ leg, knee, foot _____ hip _____ back, spine _____ other organ or body part _____

Wenn Sie nicht genau wissen, an welchem Organ Sie operiert wurden, zeigen Sie mir bitte die Operationsnarbe.

If you don't know exactly, what you were operated on, please show me the scars from the operation.

Wann sind Sie operiert worden? Vor ...

Tagen _____

Wochen _____

Monaten _____

Jahren _____

When were you operated?

day(s) ago _____

week(s) ago _____

month(s) ago _____

year(s) ago _____

Tragen Sie als Folge der Operation ein/einen

Metallimplantat (Stent, Gelenkendoprothese) _____

Herzschrittmacher _____

Were you, as part of the operation, supplied with a ...

 metal implant (stent, endoprothetic device) _____ pace maker _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Defibrillator _____

defibrillator _____

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

TESTVERSION
TESTVERSION
TESTVERSION

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

**Sind bei Ihnen Allergien oder
Überempfindlichkeitsreaktionen bekannt?**

Nein Ja

Wenn ja, gegen welche der folgenden Stoffe?

örtliche Betäubungsmittel

Penicillin

Röntgen-Kontrastmittel

Jod

Nahrungsmittel

Tierhaare

Pollen

Pflaster

Latex

Kosmetika, Körperpflegemittel

andere Substanz, nicht auf der Liste

Do you have any allergies?

 No Yes

If yes, what are you allergic to?[]

 Local anesthetic penicillin X-ray contrast medium iodine food Animal hair pollen Patch, plaster latex Cosmetics, bodycare products Other substances, not on the list

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Rauchen Sie?Nein Ja

Ich rauche _____

Zigaretten am Tag _____

Ich rauche schon seit _____

Jahren _____

Do you smoke? No Yes

I smoke _____

cigarettes per day _____

I've been smoking for _____

years _____

Trinken Sie Alkohol?Nie Gelegentlich regelmäßig Trinke im Durchschnitt ...

Gläser Wein/Bier/Spirituosen pro Tag _____

Do you drink alcohol? never every now and then regularly On average I drink ...

_____ glasses of wine/beer/liquor per day

Haben Sie schon einmal Drogen genommen?Nein, noch nie Ja, regelmäßig **Have you ever taken any drugs?** No, never Yes, regularly**Welche der folgenden Drogen nehmen Sie regelmäßig?**Marihuana Haschisch Heroin Kokain Synthetische Drogen (Ecstasy, LSD) andere Droge **Which of the following drugs do you take regularly?** marijuana hashish heroin cocaine sythetic drugs (ecstasy, LSD) other drug**Wie oft pro Woche nehmen Sie diese Droge(n) im Durchschnitt?**

mal _____

How many times per week do you take this drug on average?

times _____

Wann haben Sie diese Droge(n) das letzte Mal genommen?Heute Gestern Vor ein paar Tagen Vor mehr als einer Woche **When was the last time you took this drug/these drugs?** today yesterday a few days ago more than a week ago

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Sehen Sie sich bitte die folgende Liste an und sagen Sie mir, gegen welche dieser Krankheiten Sie geimpft sind:

Please look at the list below and tell me if you are vaccinated against any of these illnesses:

Tetanus

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

tetanus Yes No Don't know _____**Hepatitis A/B**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

hepatitis A/B Yes No Don't know _____**Diphtherie**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

diphtheria Yes No Don't know _____**Gelbfieber**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

Yellow fever Yes No Don't know _____**Kinderlähmung (Polio)**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

poliomyelitis Yes No Don't know _____**Keuchhusten**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

whooping cough Yes No Don't know _____**Haemophilus influenzae**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

Haemophilus influenzae Yes No Don't know _____**Windpocken**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

chickenpox Yes No Don't know _____**Mumps**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

mumps Yes No Don't know _____**Masern**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

measles Yes No Don't know _____**Röteln**

Ja _____ Nein _____ Weiss nicht _____

rubella Yes No Don't know _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo****Pocken**

Ja Nein Weiss nicht

Tuberkulose

Ja Nein Weiss nicht

Haben Sie einen Impfpass?

Nein Ja

Zeigen Sie mir bitte den Impfpass, wenn Sie ihn bei sich haben.**smallpox** Yes No Don't know**tuberculosis** Yes No Don't know**Do you have an immunization pass?** No Yes**Please show me the immunization pass if you have it.**

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Ich möchte Sie gerne zu Erkrankungen bei Ihren nahen Verwandten (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder) befragen.

Please tell me about any illnesses in your immediate family (grandparents, parents, siblings, children).

Sagen Sie mir bitte, ob in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten schon einmal vorgekommen sind. Bitte markieren Sie alle. Antworten die zutreffen.

Please tell me if any of the following illnesses have occurred in your family. Please mark all answers which apply.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> gout |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> high blood pressure, hypertension |
| <input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten | <input type="checkbox"/> kidney disease |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge | <input type="checkbox"/> exzema, rash |
| <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> alcoholism |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> blood disease |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | <input type="checkbox"/> Peripheral arterial disease, hardening of the arteries |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> stroke |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Heart insufficiency |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> heart attack |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> High cholesterine level |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> overweight |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Stomach disorders |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bowel disorders |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> migraine |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> epilepsy |
| <input type="checkbox"/> Nerven-, Gemüts- oder Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Nervous disorder, mental illness |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> eye disease |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Thyroid disorders, hyperthyroidism, hypothyroidism |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> palsy |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen, Missbildungen | <input type="checkbox"/> Malformation, deformity |

ausgefüllt von: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo**

Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie als Kind?

Asthma

Ja Nein Weiss nicht

Diphtherie

Ja Nein Weiss nicht

Masern

Ja Nein Weiss nicht

Scharlach

Ja Nein Weiss nicht

Mumps

Ja Nein Weiss nicht

Keuchhusten

Ja Nein Weiss nicht

Kinderlähmung (Polio)

Ja Nein Weiss nicht

Röteln

Ja Nein Weiss nicht

Fieberkrämpfe

Ja Nein Weiss nicht

Tuberkulose

Ja Nein Weiss nicht

Rachitis

Ja Nein Weiss nicht

Which of the following illnesses did you have as a child?

asthma Yes No Don't know**diphtheria** Yes No Don't know**measles** Yes No Don't know**scarlet fever** Yes No Don't know**mumps** Yes No Don't know**whooping cough** Yes No Don't know**Poliomyelitis** Yes No Don't know**rubella** Yes No Don't know**fever cramps** Yes No Don't know**tuberculosis** Yes No Don't know**rickets** Yes No Don't know

Name: _____

Datum: _____

**medilang demo medilang demo
medilang demo****rheumatisches Fieber**

Ja Nein Weiss nicht

rheumatic fever Yes No Don't know**Windpocken**

Ja Nein Weiss nicht

chickenpox Yes No Don't know