



Ja

Nein

是

不是

Gibt es Medikamente, die Sie auf keinen Fall erhalten dürfen? Haben Sie Allergien gegen Medikamente?

有什么药你绝对不能吃吗？你对药物过敏吗？

Gibt es Bekannte/Angehörige, die wir anrufen sollen?

你有我们应该通知的朋友或亲戚吗？

Gibt es Bekannte/ Angehörige, die Deutsch sprechen?

你有朋友或亲戚会说德语吗？

Bitte schreiben Sie die Telefonnummer auf:

请写下他们的电话号码给我们

### Schmerzen

Haben Sie Schmerzen?

疼痛

你现在疼吗？

### Magen/Darm Trakt

Haben Sie häufig Sodbrennen?

你经常烧心吗？

Ist Ihnen übel?

你感到恶心吗？你感到病了  
吗？

Haben Sie erbrochen?

你吐过吗？

Haben Sie Blut erbrochen?

你吐过血吗？

Haben Sie Durchfall?

你腹泻吗？

Leiden Sie unter Verstopfung?

你便秘吗

Haben Sie Blut im Stuhlgang bemerkt?

你大便秘带血吗？

### Kardiale und pulmonale Beschwerden

心肺的问题



Ja

Nein

是

不是

- |   |                          |                          |                         |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Haben Sie Luftnot?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你呼吸困难吗?                 |
| Haben Sie Brustschmerzen?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你胸痛吗?                   |
| Haben Sie Herzrasen?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你心悸吗?                   |
| Waren Sie in letzter Zeit bewusstlos?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你失去过意识吗? 你最近会突然感觉眼前一黑吗? |
| Hatten Sie jemals zuvor Wasser in den Beinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你有腿部积水的病史吗?             |
| Ist Ihnen schwindelig?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你头晕吗?                   |
| Sind Sie schwächer als gewohnt?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你感觉身体状况不如以前吗?           |

**Nephrologie, Urologie**

**肾脏/泌尿**

- |  |                          |                          |                |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Mussten Sie in letzter Zeit häufig Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你现在比以前小便更频繁吗?  |
| Mussten Sie in letzter Zeit selten Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你现在比以前小便次数更少吗? |
| Haben Sie Schmerzen beim Harn/Wasser lassen?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你小便的时候疼吗?      |
| Brennt es beim Harn/Wasser lassen?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你小便的时候有灼热感吗?   |
| Haben Sie Blut im Urin/Harn?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你小便带血吗?        |
| Müssen Sie häufig in der Nacht Harn/Wasser lassen?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你夜尿比以前更频繁吗?    |

**Allgemeine Beschwerden**

**普通症状**

- |                               |                          |                          |              |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Haben Sie Husten?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你咳嗽吗?        |
| Haben Sie Husten mit Auswurf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你咳嗽咳痰 / 黏液吗? |



Ja

Nein

是

不是

Haben Sie Fieber?

你发烧吗？

Frieren Sie?

你感冒了吗？

Haben Sie Halsschmerzen?

你咽喉疼吗？

Haben Sie häufig Fieber?

你经常发烧吗？

Wachen Sie häufig nachts auf, weil Sie  
sehr verschwitzt sind?

你晚上盗汗吗？

Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?

你有食欲不振的感觉吗？

Haben Sie in letzter Zeit deutlich an  
Gewicht verloren?

你最近瘦了很多吗？

#### Vorerkrankungen

#### 用药史

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?

你以前有过心脏病吗？

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?

你有过中风史吗？

Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt?

你有过癫痫发作史吗？

Ist bei Ihnen ein Herzfehler bekannt?

你有先天性心脏病史吗？

Haben Sie eine künstliche Herzklappe?

你有人工心脏瓣膜吗？

Wurde Ihnen eine Niere  
transplantiert?

你有肾脏移植吗？

Wurde Ihnen ein Herz transplantiert?

你有心脏移植吗？

Wurde Ihnen ein Organ  
transplantiert?

你身上有器官是移植的吗？

Wurde Ihnen der Blinddarm  
entnommen?

你摘除过阑尾吗？



Ja

Nein

是

不是

Haben Sie einen Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你有糖尿病吗?
Spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你有服用胰岛素吗?
Haben Sie HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你有被确诊为艾滋病吗? 你有 艾滋病吗?
Haben Sie Tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你有没有被诊断出患有肺结核 吗?
Haben Sie eine Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你有没有被确诊为肝炎吗?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你平时服用什么药物?
Wurde Ihnen eine regelmäßige Medikation verschrieben, die Sie in der letzten Zeit aber nicht mehr eingenommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	你最近有没有停止以前给你开 的药?
Können Sie aufschreiben, wie die Medikamente heißen? Haben Sie noch einige Ihrer Medikamente dabei und können sie uns zeigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	请你写下你吃过的药? 你带着 这些药吗? 让我们看看
Diuretika/ Wassermedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利尿剂
Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	抗凝治疗=血液稀释剂
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	止痛片
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	降压药
Magenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	抗酸药
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神药物
Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	免疫抑制剂
Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺药物
Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮质醇/类固醇
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	抗生素



Ja

Nein

是

不是

Kontrazeptiva

避孕药/避孕药/黄体素

**Neurologie**

**神经病学**

Tut der Kopf weh?

你头疼吗?

Stören Sie laute Geräusche und Licht?

你怕光怕吵吗?

Haben Sie Sehstörungen bemerkt?

你视力有问题吗?

Haben Sie bemerkt, dass Sie schlechter hören können als gewohnt?

你听力有问题吗?

**Geburtshilfe**

**产科**

Sind Sie schwanger?

你怀孕了吗?

Ist dies Ihre erste Schwangerschaft?

这是你第一次怀孕吗?

Gab es in den letzten Schwangerschaften Probleme?

你以前怀孕的时候出过问题吗?

**Risikoprofil**

**有害行为**

Rauchen Sie?

你吸烟吗?

Trinken Sie Alkohol?

你喝酒吗?

Nehmen Sie Drogen?

你吃药吗?

Brauchen Sie psychologische Hilfe?

您是否需要心理医生帮助吗?



Ja

Nein

是

不是

- |   |                          |                          |                 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Können Sie nachts schlafen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你晚上能睡着吗?        |
| Gibt es sehr wichtige Dinge, die Sie uns nur über einen Dolmetscher mitteilen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你有什么想让翻译告诉我们的吗? |
| Haben Sie noch Fragen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 你有一些紧急的问题想问吗?   |



**Diese Übersetzungsliste wurde mit bestem Wissen und Gewissen erstellt, um Menschen im medizinischen Kontext in ihrer Kommunikation zu unterstützen. Sie stellt keinen Ersatz für die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen dar.**

**Zwischen der Doctopia UG (haftungsbeschränkt) und den VerwenderInnen kommt kein Vertrag zustande. Die Doctopia UG (haftungsbeschränkt) und die AutorInnen übernehmen keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzungen.**

**Diese Liste wird kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die VerwenderInnen haben die Entscheidung über die Richtigkeit und Zweckmäßigkeit der Verwendung zu verantworten.**

**Korrekturen?  
Fragen?  
Vorschläge?  
Kommentare?  
listen@doctopia.de**

VERANTWORTLICH FÜR DEN INHALT  
NACH § 55 ABS. 2 RSTV:  
Dr. med. Philipp Lacour  
DOCTOPIA UG (haftungsbeschränkt)  
Eißholzstraße 22  
10781 Berlin

weitere Informationen:  
<https://www.doctopia.de/impressum-100.html>