



ja

nein

yes

no

Gibt es Medikamente, die Sie nicht erhalten dürfen? Haben Sie Medikamenten-Allergien?

Are there any medications you cannot take? Do you have any allergies to any medications?

Gibt es Bekannte/Angehörige, die wir anrufen sollen?

Do you have any relatives/friends we should inform that you are here?

Gibt es Bekannte/ Angehörige, die Deutsch sprechen?

Do you have any relatives/friends who speak German?

Bitte schreiben Sie die Telefonnummer auf:

Please write down their telephone number for us:

Haben Sie Schmerzen?

Are you in pain right now?

Haben Sie häufig Sodbrennen?

Do you often suffer from heartburn?

Ist Ihnen übel?

Do you feel nauseous? Feel sick?

Haben Sie erbrochen?

Have you thrown up?

Haben Sie Blut erbrochen?

Have you vomited blood?



ja

yes

nein

no

Haben Sie Durchfall?

Are you suffering from diarrhoea?

Leiden Sie unter Verstopfung?

Are you suffering from constipation?

Haben Sie Blut im Stuhlgang bemerkt?

Have you noticed blood in your stool?

Haben Sie Luftnot?

Do you have trouble breathing?

Haben Sie Brustschmerzen?

Do you have chest pain?

Haben Sie Herzrasen?

Do you have palpitations?

Waren Sie in letzter Zeit bewusstlos?

Have you lost consciousness recently?

Hatten Sie jemals zuvor Wasser in den Beinen?

Have you ever had fluid in your legs?

Ist Ihnen schwindelig?

Are you feeling dizzy?



ja

yes

nein

no

Sind Sie schwächer als gewohnt?

Do you feel less fit than before?

Mussten Sie in letzter Zeit häufig Harn/Wasser lassen?

Are you passing urine more often now compared to before?

Mussten Sie in letzter Zeit selten Harn/Wasser lassen?

Are you passing urine less often now compared to before?

Haben Sie Schmerzen beim Harn/Wasser lassen?

When you pass urine, does it hurt?

Brennt es beim Harn/Wasser lassen?

When you pass urine, does it burn?

Haben Sie Blut im Urin/Harn?

Have you noticed blood in your urine?

Müssen Sie häufig in der Nacht Harn/Wasser lassen?

Do you have to pass urine more often at night compared to before?

Haben Sie Husten?

Do you have a cough?

Haben Sie Husten mit Auswurf?

Do you cough up any sputum / phlegm / mucus?



ja

yes

nein

no

Haben Sie Fieber?

Do you have a fever?

Frieren Sie?

Are you cold?

Haben Sie Halsschmerzen?

Does your throat hurt?

Haben Sie häufig Fieber?

Do you often have a fever?

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

Do you sweat a lot at night?

Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?

Have you noticed a loss of appetite?

Haben Sie in letzter Zeit deutlich an Gewicht
verloren?

Have you lost a lot of weight recently?

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?

Have you ever had a heart attack?

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?

Have you ever had a stroke?



ja

yes

nein

no

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you suffer from seizures? |
| Ist bei Ihnen ein Herzfehler bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have a heart defect? |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have a prosthetic heart valve? |
| Wurde Ihnen eine Niere transplantiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had a kidney transplant? |
| Wurde Ihnen ein Herz transplantiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had a heart transplant? |
| Wurde Ihnen ein Organ transplantiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had an organ transplant? |
| Wurde Ihnen der Blinddarm entnommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had your appendix removed? |
| Haben Sie einen Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have a diabetes? |
| Spritzen Sie Insulin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you take insulin? |



ja

yes

nein

no

Haben Sie HIV/AIDS?

Do you have HIV? Have you been diagnosed with HIV?

Haben Sie Tuberculose?

Have you been diagnosed with tuberculosis?

Haben Sie eine Hepatitis?

Have you been diagnosed with hepatitis?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Do you take any medication daily?

Wurde Ihnen eine tägliche Medikation verschrieben, die Sie zuletzt nicht eingenommen haben?

Were you prescribed a daily medication that you have not been taking recently?

Können Sie aufschreiben, wie die Medikamente heißen?

Please write down the names of the medications that you take or took.

Diuretika/ Wassermedikamente

diuretics/ water tablets

Blutverdünner

anticoagulation therapy/ blood thinners

Schmerzmittel

pain killers



ja

yes

nein

no

Blutdruckmedikamente

blood pressure medications

Magenschutz

antacids

Psychopharmaka

psychotropics

Immunsuppressiva

immunosuppressants

Schilddrüsenmedikamente

thyroid medication

Cortison

cortison/ cortisol / steroid

Antibiotika

antibiotics

Kontrazeptiva

contraceptives/ The Pill / Minipill

Tut der Kopf weh?

Do you have a headache?



ja

yes

nein

no

Stören Sie laute Geräusche und Licht?

Do you feel that you cannot tolerate loud noise and light?

Haben Sie Sehstörungen bemerkt?

Have you noticed any problems with your vision?

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

Have you noticed any problems with your hearing?

Sind Sie schwanger?

Are you pregnant?

Ist dies Ihre erste Schwangerschaft?

Is this your first pregnancy?

Gab es in den letzten Schwangerschaften Probleme?

Did you have any problems in your previous pregnancies?

Rauchen Sie?

Do you smoke?

Trinken Sie Alkohol?

Do you drink alcohol?

Nehmen Sie Drogen?

Do you take drugs?



ja

yes

nein

no

Brauchen Sie psychologische Hilfe?

Do you need psychologic support?

Können Sie nachts schlafen?

Are you able to sleep at night?

Gibt es sehr wichtige Dinge, die Sie uns nur über
einen Dolmetscher mitteilen können?

Is there anything else you need to tell us now
through an interpreter?

Haben Sie noch Fragen?

Do you have any urgent questions?



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>