



Guten Tag! (Deutsch)  
Hello! (English)  
Bonjour! (Französisch)  
اهلا و سهلا (Arabisch)  
روز بخیر (Dari)

Warum gehen Sie heute zum Arzt?  
Why are you seeing the doctor today?  
Quelle est la raison de votre visite chez le médecin aujourd'hui?  
لماذا تزور الطبيب اليوم؟  
امروز به چه دلیلی به داکتر می روید؟



Schmerzen  
Pain  
Douleur  
الم  
درد

Wo haben Sie Schmerzen? Anatomie (Seiten 18-27)  
Where do you have pain? Anatomy (page 18-27)  
Où avez-vous mal? Anatomie (pages 18-27)  
این تشعر بالالم؟ (27-18)  
کجای شما درد دارد؟ (27-18)

Wie stark sind die Schmerzen?  
How severe is the pain?

Quelle est l'intensité de vos douleurs physiques?  
ما هي شدة الألم؟  
به چه اندازه درد دارید؟



Fieber  
Fever  
Fièvre  
حمی  
تب

Schwitzen  
Sweating  
Transpiration  
تعرق  
عرق کردن

Juckreiz  
Itching  
Démangeaison  
حكة  
خارش

Taubheitsgefühl  
Numbness  
Sensation d'insensibilité  
خدر  
بی حسی

Schwindel  
Dizziness  
Vertige  
دوخة  
سرگیجی

Appetitlosigkeit  
Loss of appetite  
Anorexie  
فقدان شهية  
بی اشتهاهی

Missempfinden/Kribbeln  
Tingling  
Tremblements  
عدم راحة / وخز  
ناراحتی / سیخ زدن

Gewichtszunahme  
Weight gain  
Prise de poids  
زيادة في الوزن  
افزایش وزن

Gewichtsabnahme  
Weight loss  
Perte de poids  
فقدان وزن  
کاهش وزن

Schlaflosigkeit  
Sleeplessness  
Insomnie  
أرق  
بی خوابی

Depression  
Depression  
Dépression  
کآبة  
افسردگی

Angst  
Anxiety  
Peur  
خوف  
ترس



- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schnupfen<br>Sniffles<br>Rhume<br>زكام<br>زكام                                    | <input type="checkbox"/> plötzliche Sehstörung<br>Sudden impaired vision<br>Trouble soudain de la vision<br>اضطرابات مفاجئة في<br>اختلال ناكهاني بينايياختلال<br>بينايي | <input type="checkbox"/> Ich brauche eine Brille<br>I need glasses<br>J'ai besoin de lunettes de vue<br>احتاج إلى نظارة<br>من به عينك ضرورت دارم |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung<br>Hearing disorder<br>défaut d'audition<br>ضعف السمع<br>اختلال شنوایی | <input type="checkbox"/> Haarausfall<br>Hair loss<br>La chute des cheveux<br>سقوط الشعر<br>ريزش مو  | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden<br>Difficulty swallowing<br>Difficulté à avaler<br>صعوبة البلع<br>مشکل در بلعیدن                     |



- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Husten<br>Cough<br>Toux<br>سعال<br>سرفه   | <input type="checkbox"/> Auswurf<br>Sputum<br>Expectoration<br>قيء<br>تخريش سينه  | <input type="checkbox"/> Übelkeit<br>Sickness<br>Nausée<br>غثيان<br>حالت تهوع و يا ترديد   | <input type="checkbox"/> Erbrechen<br>Vomiting<br>Vomissements<br>قيء<br>شكستگی |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Essen<br>Dietary problems<br>Problèmes avec les repas<br>مشاكل عند الأكل<br>مشکل در غذا خوردن | <input type="checkbox"/> Atemnot in Ruhe<br>Shortness of breath in rest<br>Difficultés respiratoires au repos<br>ضيق التنفس أثناء النوم<br>نفس تنگی در حالت استراحت | <input type="checkbox"/> Atemnot bei Belastung<br>Shortness of breath on exertion<br>Difficultés respiratoires à l'effort<br>ضيق في التنفس عند بذل مجهود<br>نفس تنگی در حالت قدم زدن و يا<br>دويدن |   |



- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen<br>Problems with passing water<br>Problèmes pour uriner<br>مشاكل التبول<br>مشكلات ادرار | <input type="checkbox"/> Probleme im Intimbereich<br>Problems in the genital area<br>Problèmes intimes<br>مشاكل بالمنطقة التناسلية<br>مشكلات در ناحيه تناسلي | <input type="checkbox"/> Menstruationsprobleme<br>Menstruation problems<br>Problèmes menstruels<br>مشاكل الدورة الشهرية<br>عادت ماهانه |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung<br>Constipation<br>Constipation<br>امساک<br>قبض  | <input type="checkbox"/> Durchfall<br>Diarrhea<br>Diarrhée<br>اسهال<br>اسهال   | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl<br>Blood in stool<br>Sang dans les selles<br>دم في البراز<br>خون در مدفوع                       |
|   |  | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft<br>Pregnancy<br>Grossesse<br>حمل<br>بارداری   |



- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen<br>Joint aches<br>Douleurs articulaires<br>آلم مفصلي<br>درد مفاصل                   | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen<br>Muscle pain<br>Douleurs musculaires<br>آلام في العضلات<br>درد عضله   | <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen<br>Bone pain<br>Douleurs osseuses<br>آلام في العظام<br>درد استخوان |
| <input type="checkbox"/> Durch einen Unfall<br>Due to an accident<br>Après un accident<br>بسبب التعرض لحادث<br>به دليل تصادف | <input type="checkbox"/> Schon länger, seit: (siehe Umschlag innen)<br>For a prolonged period of time (see inside cover)<br>Depuis longtemps, depuis (voir couverture à l'intérieur)<br>منذ مدة طويلة (يرجى رؤية الغلاف الداخلي)<br>مدتی طولانی، از (داخل پوش را ببینید) |  |

## WICHTIGE FRAGEN UND ANTWORTEN IMPORTANT QUESTIONS AND ANSWERS QUESTIONS IMPORTANTES ET RÉPONSES

اسئلة و اجوبة هامة:  
پرسش و پاسخ های مهم:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Do you regularly take medication?  
Prenez-vous régulièrement des médicaments?  
هل تتعاطى ادوية معينة بصفة مستمرة؟  
آيا دوا ميخوريد؟

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein<br>No<br>Non<br>لا<br>نخير | <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:.....<br>If yes, what kind:.....<br>Si oui, de quel type:.....<br>في حالة نعم، ما هي الادوية:<br>اگر بلى، کدام: |
|--|--|

Bringen Sie bitte alle Medikamente samt Verpackung, die Sie derzeit einnehmen, zum nächsten Termin mit!  
When you attend your next appointment, please bring along all the medications, including packaging, that you are currently taking.  
Merci d'apporter les médicaments que vous prenez actuellement avec leur emballage lors de votre prochaine consultation.  
يرجى إحضار كل الأدوية، التي تتناولها حاليًا، مع عبواتها معك في الزيارة القادمة.  
لطفاً برای نوبت بعدی معاینه، تمامی دواهایی را که هم اکنون استعمال می کنید.





Haben Sie Vorbefunde?  
Do you have previous reports?  
Avez-vous une documentation des  
contrôles antérieurs?

هل لديك نتائج تحليلات سابقة؟  
آیا از نتایج گذشته تان چیزی نتیجه گرفتید؟

- Nein  
No  
Non  
لا  
نخیر
- Ja  
Yes  
Oui  
نعم  
بلی

Sind Allergien bekannt?  
Do you suffer from allergies?  
Avez-vous des allergies?

هل لديك أي نوع من أنواع الحساسية؟  
آیا احساسیت در بدن کدام دوا هم دارید؟

- Nein  
No  
Non  
لا  
نخیر
- Wenn ja, welche: .....  
If yes, what kind: .....  
Si oui, de quel type: .....  
فی حالة نعم، ما هي الادوية: .....  
اگر بلی، کدام: .....

Leiden Sie an Bluthochdruck?  
Do you have high blood pressure?  
Souffrez-vous d'hypertension artérielle?

هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟  
آیا فشار بلند خون دارید؟

- Nein  
No  
Non  
لا  
نخیر
- Ja  
Yes  
Oui  
نعم  
بلی

Wieviel rauchen Sie?  
Do you smoke?  
Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

كم سيجارة تدخن؟  
چقدر سگرت می کشید؟

- Gar nicht  
Not at all  
Je ne fume pas  
لا ادخن مطلقا  
هیچ
- Weniger als 10 Zigaretten pro Tag  
Less than 10 cigarettes per day  
Moins de 10 cigarettes par jour  
اقل من 10 سجائر یومیا  
کمتر از ۱۰ سگرت در روز
- Mehr als 10 Zigaretten pro Tag  
More than 10 cigarettes per day  
Plus de 10 cigarettes par jour  
اکثر من 10 سجائر یومیا  
بیشتر از ۱۰ سگرت در روز

Bitte bringen Sie alle  
Vorbefunde mit, die Sie haben.  
Please bring along all the  
previous reports that you have.  
Merci d'apporter tous les éléments de  
votre dossier médical en votre possession.

یرجی إحضار آیه نتایج  
فحوصات سابقه لديکم.  
لطفا تمام راپورهای بیماری که  
از قبل دارید، را به همراه داشته باشید.

Sind Sie gegen folgende Krankheiten geimpft?  
Are you vaccinated?  
Est-ce que vous êtes vaccinée?  
هل اخذت تطعيم ضد الامراض الاتية؟  
آیا شما کدام وقت واکسین های ذیل را کرده اید؟

- Diphterie  
Diphtheria  
Diphtérie  
دفتريا (خناق)  
دفتري و یا باکتریایی  
دستگای تنفسی
- Hepatitis A  
Hepatitis A  
Hépatite A  
التهاب الكبد الوبائي أ  
التهاب كبدي  
تیتانوس (الکزاز)  
تیتانوس
- Hepatitis B  
Hepatitis B  
Hépatite B  
التهاب الكبد الوبائي ب  
بیماری ویروسی
- Keuchhusten  
Pertussis  
Coqueluche  
السعال الديكي  
سیاه سرفه
- Polio  
Polio  
Polio  
شلل الأطفال  
بیماری فلج اطفال
- Tuberculose  
Tuberculosis  
Tuberculose  
السل  
توبرکلوز

Haben Sie einen Impfpass?  
Do you have a vaccination card?  
Avez-vous un carnet de vaccination?  
هل لديك دفتر تطعيم؟  
آیا کتابچه واکسین دارید؟

- Nein  
No  
Non  
لا  
نخیر
- Ja  
Yes  
Oui  
نعم  
بلی

Bitte bringen Sie das nächste  
mal Ihren Impfpass mit!  
Please bring your vaccination  
card the next time!  
Merci d'amener votre carnet de  
vaccination la prochaine fois!  
برجاء احضار دفتر التطعيم الخاص بك في المرة القادمة.  
لطفا دفعه بعد با گواهینامه واکسین خود  
لطفا بار دیگر کارت واکسین تانرا با خود بیاورد.

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft (Siehe S. 28-31)  
Is it possible you may be pregnant? (see pages 28-31)  
Existe-t-il la possibilité d'une grossesse (voir pages 28-31)  
هل هناك إمكانية للحمل؟ (انظر صفحة 28-31)  
آیا احتمال حاملگی وجود دارد؟ (به صفحه 28-31 مراجعه کنید)

- Nein  
No  
Non  
لا  
نخیر
- Ja  
Yes  
Oui  
نعم  
بلی

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie bisher? (Siehe Diagnose-Seite 55)  
Which infectious diseases have you previously had? (see diagnoses pages: 55)  
Quelles maladies infectieuses ont été diagnostiquées chez vous par le passé?  
(Reportez-vous à la rubrique Diagnostics : pp. 55)  
ما هي الأمراض المعدية التي أصابك حتى الآن؟ (انظر صفحات التشخيص 55)  
تا به حال، به کدام بیماری عفونی مبتلا بوده اید؟ (به صفحات مربوط به تشخیص 55 مراجعه کنید)