



Ejòwó e dálhùn àwọn ìbéèrè inú ìwé-ìbéèrè yí. E dálhùn gbogbo ìbéèrè pátápátá làìku ní ònà tí yíò yé oníṣègùn yín, ibáṣepé ójé pàtákì fún ohun àyèwò yín tàbíkó.

Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und für den Arzt verständlich, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

**01.** Orúkọ • Name ..... Ímeèlì • E-Mail .....  
 sé e ní ọkọ tábí ìyàwó • Familienstand ..... Telifóònù / èrọiléwó • Telefon/Handy .....  
 Isé/ ibi isé • Beruf/Firma ..... Ọmọ • Kinder .....

**02.** Ejòwó e se àlàyé fífó àti èdùn tí ení lówlówó! • Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

.....

.....

**03.** Àwọn àìsàn míràn wo le ní (ewo ìwé àkójó)? • Welche anderen Krankheiten haben Sie (siehe auch Liste)?

.....

- |   |  |   |   |   |  |
|---|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Okàn • Herz                | <input type="checkbox"/> Ìdádúró èjè sí inú ọpolo • Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ìkímólè èjè gíga • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombosis • Thrombose       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Àtògbẹ • Zucker            | <input type="checkbox"/> Tairodu • Schilddrüse                   | <input type="checkbox"/> èdòfóró • Lunge                  | <input type="checkbox"/> Ikó-fée • Asthma             |   |  |
| <input type="checkbox"/> Àìyà tútù • Bronchitis     | <input type="checkbox"/> inúikùnàpòlukù • Magen                  | <input type="checkbox"/> Òróòro • Galle                   | <input type="checkbox"/> èdò-ki • Leber               | <input type="checkbox"/> Jèdòjèdò • Hepatitis |  |
| <input type="checkbox"/> Ìfun inú • Darm            | <input type="checkbox"/> • Hämorrhoiden                          | <input type="checkbox"/> Àiyà • Brust                     | <input type="checkbox"/> Inú • Gebärmutter            | <input type="checkbox"/> Ere • Niere          | <input type="checkbox"/> Àpò-ítò • Blase |
| <input type="checkbox"/> Ìtò • Prostata             | <input type="checkbox"/> Agbara ọgbọn • Nerven                   | <input type="checkbox"/> Èran ara • Muskeln               | <input type="checkbox"/> Egungun • Knochen            |   |  |
| <input type="checkbox"/> Egungun èhìn • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Oríke • Gelenke                         | <input type="checkbox"/> Àrùn oríke • Arthrose            | <input type="checkbox"/> Lakuegbe • Rheuma            |   |  |
| <input type="checkbox"/> Àwò ara • Haut             | <input type="checkbox"/> Ojú Augen                               | <input type="checkbox"/> Itan ailera • Bestrahlung        | <input type="checkbox"/> Chemotherapi • Chemotherapie |   |  |
| <input type="checkbox"/> Kókó ọlóyún • Tumor        |  |   |   |   |  |

**04.** Àwọn isé-abẹ wo le ti se (ewo ìwé àkójó)? • Welche Operationen hatten Sie (siehe auch Liste)?

.....

- |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Okàn • Herz       | <input type="checkbox"/> Tairodu • Schilddrüse      | <input type="checkbox"/> èdòfóró • Lunge               | <input type="checkbox"/> inúikùnàpòlukù • Magen | <input type="checkbox"/> Òróòro • Galle  |
| <input type="checkbox"/> èdò-ki • Leber    | <input type="checkbox"/> Ìfun inú • Darm            | <input type="checkbox"/> Ìfikún ara • Blinddarm        | <input type="checkbox"/> Ìròbo • Hämorrhoiden   | <input type="checkbox"/> Àiyà • Brust    |
| <input type="checkbox"/> Inú • Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Inùkúrò inú • Ausschabung  | <input type="checkbox"/> Isé caesarean • Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Ere • Niere            | <input type="checkbox"/> Àpò-ítò • Blase |
| <input type="checkbox"/> Ìtò • Prostata    | <input type="checkbox"/> Egungun èhìn • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Oríke • Gelenke               | <input type="checkbox"/> Egungun • Knochen      | <input type="checkbox"/> Àwò ara • Haut  |

**05.** Àwọn ògùn wo ni è n lò lówlówó? • Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

.....

.....

**06.** sé e ní àwọn áléjì kankan? • Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ògùn • Medikamente | <input type="checkbox"/> Oúnje • Nahrungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Pólìnì • Pollen    | <input type="checkbox"/> Àwọn míràn • andere    |

**07.** E mahún shábà ní... • Neigen Sie zu

Àìrígbejá • Verstopfung?  Ìgbé gbuuru • Durchfall?

**08.** sé e lóyún? • Sind Sie schwanger?

Béèni • ja

Béèkó • nein

Bóyá • vielleicht

09. Ìwúwo ara • Körpergewicht ..... kg Gíga ara • Körpergröße ..... cm  
Àdánù ìwòn • Gewichtsverlust ..... kg Ère ìwòn • Gewichtszunahme ..... kg  
Láti ìgbàwo? • Seit wann? .....

10. sé e mahún fa sìgá tàbí mu kòkò tábà? • Rauchen Sie? ..... Bí ìgbà mélòó? • Wie viel? .....  
11. Bàwo ni ọtí tí ẹmahún mu ẹ pótó? • Wie viel Alkohol trinken Sie? .....

12. Àwọn àjésára wo lẹ ní? • Welche Impfungen haben Sie?  
Ìwé ijérísi àjésára • Impfpass – Ìwé àtètè fura • Vorsorgeheft – È mu wá! • Bringen Sie es mit!

13. Sé àwọn ará ịdílé yín wà tí ó ní àìsàn àtowó-dówó, àìsàn kókó-olóyún, tábí àrùn-èjè (fún àpere àtògbe)?  
Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?

14. Àwọn míràn • Sonstiges .....

© setzer verlag, keine Gewähr

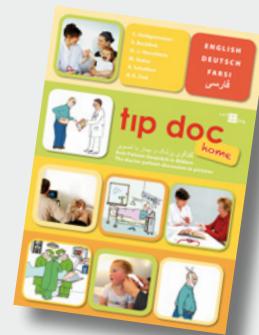
Fax +49 (0) 711 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de) oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.  
Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!

setzer verlag ag seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, info@setzer-verlag.de



Kostenloser Download von Anamnesebögen und Therapieplänen in 30 Sprachen beim Verein **Bild und Sprache e.V.** unter [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de).



**tip doc**

**Arzt-Patient-Gespräch in Bildern**  
**The doctor-patient-discussion in pictures**

Christina Heiligensetzer, Safiye Buchfink et al.

2010, setzer verlag, stuttgart

ISBN 978-3-9813673-2-4 Farsi-Englisch-Deutsch

