

Basissprache Notfall

GERMAN

DEUTSCH

Ausfüllen (vom Patienten):

Bitte schreiben Sie Ihren Namen hier.

Bitte schreiben Sie Ihre Adresse hier.

Bitte schreiben Sie Ihr Alter hier.

Bitte schreiben Sie den Namen und die Telefonnummer einer Kontaktperson auf.

Fragen von Professionellen aus dem Gesundheitswesen

'Ja' oder 'Nein':

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie Schmerzen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie akute Schmerzen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie chronische Schmerzen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie das Bewusstsein verloren? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Atemnot? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Blutungen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie Kopfschmerzen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie Magenschmerzen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Durchfall? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie Verstopfung? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie sich erbrochen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie jemals an hohem Blutdruck gelitten? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hatten Sie schon einmal eine Operation? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hatten Sie schon mal Herzprobleme? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Leiden Sie an Diabetes? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Leiden Sie an Epilepsie? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Leiden sie an Asthma? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Nehmen Sie Medikamente? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sind Sie allergisch gegen irgendwelche Medikamente? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Haben Sie irgendwelche Medikamente genommen? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sind Sie schwanger? —————> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erklärungen (von medizinischem Personal):

1. Ich werde Sie jetzt untersuchen.
2. Ich werde jetzt Ihren Blutdruck messen.
3. Ich werde jetzt Ihre Brust abhören.
4. Ich werde jetzt Ihr Herz testen.
5. Ich werde Ihnen jetzt eine Spritze geben.
6. Ich werde Ihnen jetzt ein Rezept schreiben.
7. Ich werde Sie jetzt zum Bluttest schicken.
8. Ich werde Sie jetzt zum Urintest schicken.
9. Ich werde Sie jetzt zum Röntgen schicken.
10. Sie müssen im Krankenhaus bleiben.

Aufforderungen (von medizinischem Personal):

1. Machen Sie Ihren Mund auf und sagen "aaa".
2. Machen Sie sich oben frei, bitte.
3. Machen Sie sich unten frei, bitte.
4. Legen Sie sich auf die Liege.
5. Atmen Sie tief ein und halten Sie einen Moment die Luft an.
6. Atmen Sie normal.
7. Essen Sie nichts.
8. Trinken Sie nichts.



www.takecareproject.eu
info@takecareproject.eu

Basissprache Notfall

GERMAN

DEUTSCH