

## **Zweisprachige Anamnesebögen**

(deutsch – arabisch)

Klinik für psychische Erkrankungen

Alexianer Klinik Bosse Wittenberg

Hans-Lufft-Straße 5

06886 Lutherstadt Wittenberg

Inhalt:

1. Informationsbogen
2. Kommunikationsbogen
3. Pflegerische Anamnese
4. Fragebogen psychiatrischer Anamnese und Befunderhebung
5. Familienanamnese

**Hinweis:**

Die kommerzielle Nutzung und kommerzielle Weitergabe des Werkes sind nicht gestattet.

Alle Rechte liegen bei der Alexianer Sachsen-Anhalt GmbH.

## 1. Informationsbogen

## ورقة التعليمات

Guten Tag, Sie sind hier auf Station St. .....	- يوما هنيئا. انت متواجد في شعبة الامراض النفسية. مصحة القديس .....
Sie werden mit einem Arzt oder Psychologen und einer Krankenschwester sprechen.	- سوف تتم محادثتك من طرف طبيب كاول جلسة طبية بالاضافة الى ذلك ستقوم احدى الممرضات باخذ بعض البيانات الخاصة بك و بحالتك الصحية.
Während des Gesprächs bekommen Sie ein Kommunikationsblatt und einen Fragebogen, auf denen Sie die Fragen durch Ankreuzen beantworten können.	- خلال هذه المحادثة و لتسهيل التواصل سيتم اعطاؤك استبيان بحيث يمكنك الاجابة على الاسئلة بوضع علامة فى المكان المناسب.
Eine Schwester wird Sie zu ihrem Zimmer begleiten.	- اولا سيتم اخذك الى غرفة اقامتك. نعلمك انه في بعض الحالات يقوم سلك التمريض بتفتيش الحقائب و الاغراض الشخصية في هذه الحالة سوف يتم اعلامك بذلك .
Manchmal ist eine Taschenkontrolle erforderlich. Sie werden dann darüber informiert.	- امكانية مغادرة المصحة و او المستشفى سوف تحدد من طرف طبيبك المعالج
Ihr Therapeut erklärt Ihnen während des Gespräches die Ausgangsregelung.	و سيتم اعلامك بالتفاصيل و اوقات الخروج. - مبدئيا يرجى اعلام الممرضات في حالة مغادرة المصحة.
Bitte melden Sie sich immer beim Pflegepersonal an oder ab.	

**Die Mahlzeiten nehmen alle Patienten im Speiseraum zu folgenden Zeiten ein:**

تتواجد في كل مصحة غرفة طعام . الرجاء التواجد بغرفة الطعام في الاوقات التالية

Frühstück	7.30	أفطار	Mittagessen	12.00	الغداء
Kaffeetrinken	15.30	قهوة و حلويات	Abendessen	18.30	العشاء

Auf der Station befinden sich zwei gemeinsame Fernsehräume. Diese stehen täglich ab 16.00 Uhr und am Wochenende ganztags zur Verfügung.

- في المصحة تتواجد غرفتان تلفاز لاستعمال جماعي يمكنك استعمال الغرفة يوميا بعد الساعة 16 00 . وفي نهاية الاسبوع.

Besuche sind täglich ab 16.00 gestattet.

- الرجاء الانتباه ان الزيارة ممكنة وذلك يوميا ابتداء من الساعة 16.00

## 1. Informationsbogen

## ورقة التعليمات

<p>Sie bekommen einen Therapieplan, auf dem die Gruppentherapietermine eingetragen sind. Bitte nehmen Sie die geplanten Therapien wahr.</p>	<p>- ستتحصل على ملف يحتوي على ورقة تواصل بحيث تتواجد الاسئلة الاكثر          ورود مترجمة الى الالمانية بالاضافة الى ذلك ستتحصل على برنامج مواعيدخصص العلاج الجماعية. الرجاء اخذ كل المواعيد المبرمجة بعين الاعتبار.</p>				
<p>Rauchende Patienten, die keinen Ausgang haben, können das Raucherzimmer zu folgenden Zeiten nutzen:</p> <p>Melden Sie sich beim Pflegepersonal, bevor Sie rauchen gehen.</p>	<p>- للمرضى المدخنين و اللذين لا يسمح لهم بمغادرة المصحة تتواجد غرفة تدخين. يمكنك باستعمال ورقة التواصل الطلب من الممرضات استعمال الغرفة في الاوقات المخصصة لذلك</p>				
08.00 - 08.15	12.30 - 12.45	16.00 - 16.15	18.30 – 18.45	22.30 - 22.45	03.00 – 03.15
<p>Die Medikamentenausgabe erfolgt nach jeder Mahlzeit im Dienstzimmer. Bringen Sie bitte ein Glas Wasser mit.</p>	<p>- تقديم الادوية يتم في غرفة الممرضات عادة بعد وجبات الطعام للحصول على الادوية الخاصة بك يرجى التقدم للغرفة و احضار كاس ماء .</p>				
<p>Während Ihres Aufenthaltes bei uns dürfen Sie keinen anderen Arzt aufsuchen.</p>	<p>- خلال فترة علاجك بالمستشفى لا يسمح لك تلقي العلاج من طرف طبي اخر.</p>				
<p>Alkoholische Getränke und alkoholhaltige Genussmittel sowie Rauschmittel sind in der Klinik verboten.</p>	<p>- المشروبات الكحولية و الماد المحتواة على الكحول بالاضافة الى المواد المخدرة غير مسموح بها في المستشفى</p>				
<p>Schuss- und/oder Stichwaffen sind verboten. Gegenstände dieser Art (Messer, Scheren) müssen beim Pflegepersonal abgegeben werden.</p>	<p>كل انواع الاسلحة نارية او بيضاء ممنوعة في المستشفى .          الرجاء تقديم الاشياء الحادةمقص سكين الى غرفة التمريض.</p>				
<p>Die Klinik übernimmt für Geld und Wertgegenstände keine Haftung. Ein Safe ist beim Pflegepersonal.</p>	<p>- المستشفى لا يتحمل المسؤولية عند ضياع مبالغ مالية او اشياء قيمة</p>				

## 2. Kommunikationsbogen

ورقة التواصل

Kann ich mit meinem Arzt sprechen?	يمكنني التكلّم مع الطبيب المعالج	
Darf ich die Station verlassen?	- هل يمكنني مغادرة المصحة	
Darf ich telefonieren?	- هل يمكنني استعمال الهاتف	
Darf ich das Raucherzimmer benutzen?	- هل يمكنني استعمال غرفة التدخين	
Ich habe Schmerzen in اشعر بالام في	Brust <input type="checkbox"/> الصدر	<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> اخر Schmerzen Schmerzen
	<input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> البطن	<input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> الراس
Ich kann nicht schlafen	- لا استطيع النوم	
Sie haben einen Untersuchungstermin.	- لديك موعد فحص طبي	
Sie haben einen Therapietermin.	- لديك موعد حصت جماعية	
Bitte gehen Sie zur Visite.	- الرجاء الالتحاق باجتماع الاطباء	

### 3. Pfliegerische Anamnese

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف سلك التمريض بمصحة الامراض النفسية

Eigene Telefonnummer:		رقم الهاتف الشخصي	
Im Notfall zu benachrichtigen:		في الحالات الطارئة الاتصال ب.....	
Telefonnummer:		رقم الهاتف	
Beruf:		المهنة	
Sind Sie krankgeschrieben? هل انت في عطلة مرضية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
Beziehen Sie eine Rente? هل انت متقاعد	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
Was ist ihre höchste Schulausbildung? ما هو اعلى مستوى دراسي لديك?			
<input type="checkbox"/> Keine Schule غير متعلم		<input type="checkbox"/> Sekundarschule oder Gymnasium مستوى ثانوي	
<input type="checkbox"/> Grundschule مستوى ابتدائي		<input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule مستوى جامعي	
Leiden Sie unter Schlafstörungen? هل لديك مشاكل في النوم	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
Konsumieren Sie Alkohol? هل تتناول مشروبات كحولية			
<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> gelegentlich نادرا	<input type="checkbox"/> regelmäßig بانتظام	<input type="checkbox"/> ja نعم
Konsumieren Sie Drogen? هل تتعاطى مخدرات او حبوب مهلوسة			
<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> gelegentlich نادرا	<input type="checkbox"/> regelmäßig بانتظام	<input type="checkbox"/> ja نعم
Welche Art von Drogen nehmen Sie? اي نوع			
<input type="checkbox"/> Cannabinoide القنب (الحشيش)		<input type="checkbox"/> Stimulanzien منشطات	
<input type="checkbox"/> Opiate افيون		<input type="checkbox"/> andere اخر	
Nehmen Sie Medikamente? هل تتناول ادوية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	

### 3. Pflegerische Anamnese

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف سلك التمريض بمصحة الامراض النفسية

Sind die Medikamente von einem Arzt verschrieben worden? هل هذه الادوية موصوفة من قبل طبيب	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Rauchen Sie? هل تدخن	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم .... Zigaretten pro Tag ..... سجارة في اليوم
Haben Sie eine Ausscheidungs- oder Kontinenzstörung? هل لديك مشاكل (سلس) في الجهاز		
Miktionsstörung? البولي	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Stuhlgangsstörung? الهضمي	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Hatten Sie Stuhlgang? هل كان لديك براز	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Ihre Körpergröße ..... القامة                      Ihr Körpergewicht ..... الوزن		
Haben Sie Hautläsionen هل تعاني من مشاكل جلدية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Haben Sie eine Allergien? هل لديك حساسية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Wenn ja, wogegen sind Sie allergisch? - في حالة نعم اتجاه		
<input type="checkbox"/> Medikament ادوية	<input type="checkbox"/> Lebensmittel مواد غذائية	<input type="checkbox"/> andere اخر
Haben Sie eine Sehstörung? هل لديك مشكل بالنظر	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Leiden Sie unter Störungen des Hörvermögens? هل لديك مشكل بالسمع	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Tragen Sie Hörgeräte? في حالة نعم هل لديك جهاز للسمع	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم

### 3. Pfliegerische Anamnese

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف سلك التمريض بمصحة الامراض النفسية

Haben Sie eine Prothese? هل لديك طقم اسنان	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Haben Sie chronische Schmerzen? هل تعاني من الم مزمنة	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Leiden Sie unter einer Gleichgewichtsstörung? هل تعاني من خلل في التوازن	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Haben Sie Atembeschwerden? هل تعاني من مشكل في التنفس	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Leiden Sie unter Epilepsie (epileptische Anfälle)? هل تعاني من نوبات (مرض الصرع)	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Haben Sie Suizidgedanken? هل تراودك افكار انتحارية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Haben Sie Umsetzungsideen? في حالة نعم هل فكرت بطريقة تنفيذ	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Haben Sie einen Suizidwunsch? هل لديك الرغبة في الانتحار	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم

#### 4. Fragebogen psychiatrischer Anamnese und Befunderhebung

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف السلك الطبي بمصحة الامراض النفسية

Wie heißen Sie? ما اسمك من فضلك		Wie alt sind Sie? كم عمرك ؟		
Geburtsdatum تاريخ الميلاد		Geburtsort مكان الميلاد		
Sind Sie هل انت	<input type="checkbox"/> ledig اعزب	<input type="checkbox"/> verheiratet متزوج	<input type="checkbox"/> geschieden مطلق	<input type="checkbox"/> verwitwet ارمل
Haben Sie Kinder? هل عندك اولاد		<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
Was ist Ihre Nationalität? الجنسية		Was machen Sie beruflich? ما هي مهنتك		

#### Aktuelle Anamnese (Krankheitsgeschichte)

<b>Welche Beschwerden haben Sie aktuell? (häufigste Beschwerden in der Psychiatrie)</b>			
ماهي الاعراض التي تعاني منها ( اختر من قائمة الاعراض المتواجدة غالبا)			
<b>Affektive Beschwerden</b> أنت تشعر ب	<input type="checkbox"/> Traurigkeit الحزن التعاسة	<input type="checkbox"/> innere Unruhe القلق و التوتر	<input type="checkbox"/> Angst الخوف
<input type="checkbox"/> Freudlosigkeit الفراغ لا يمكنك الاحساس بالسعادة	<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit الاستياء	<input type="checkbox"/> Ratlosigkeit الضياع العجز	<input type="checkbox"/> Euphorie الفرح الشديد
<b>Kognitive Beschwerden</b> ذهنيا لديك	<input type="checkbox"/> verlangsamt صعوبة في التفكير وربط الأفكار	<input type="checkbox"/> schnell überfordert صعوبة في ايجاد حلول	<input type="checkbox"/> Konzentration s-störung مشاكل في التركيز
	<input type="checkbox"/> Gedächtnis- störung مشاكل بالذاكرة	<input type="checkbox"/> Grübeln/ Gedankenkreisen دائرة الأفكار	<input type="checkbox"/> Flash Back ذكريات على شكل صور

#### 4. Fragebogen psychiatrischer Anamnese und Befunderhebung

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف السلك الطبي بمصحة الامراض النفسية

<b>Beschwerden des Antriebs</b> تفتقد الى الارادة وتشعر بالعجز للقيام		<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit باعمال عادية	<input type="checkbox"/> gesteigerter Antrieb تشعر بالرغبة في انجاز الكثير
<b>Somatische Beschwerden</b> جسديا	<input type="checkbox"/> Schmerzen الام مزمنة	<input type="checkbox"/> Schwindel الدوار الدوخة	<input type="checkbox"/> Missem-pfindungen الاحساس بالوخز او التتمل
	<input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafstörungen مشاكل بالنوم	<input type="checkbox"/> Verminderter Appetit نقصان الشهية	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust فقدان الوزن
<b>Gefährdungsmomente</b> هل لديك لحظات خطر		<input type="checkbox"/> Suizidgedanken تفكر في الانتحار	<input type="checkbox"/> Umsetzungsideen تفكر بالطرق الممكنة للانتحار
<input type="checkbox"/> Suizidwunsch تتمنى الموت		<input type="checkbox"/> Aggressivität افكار او اعمال عدوانية	<input type="checkbox"/> andere Impulse اندفاع و فقدان السيطرة
<b>Andere Beschwerden</b> هل لديك	<input type="checkbox"/> akustische und/oder optische Halluzinationen هلاويس مرئية او سمعية		<input type="checkbox"/> Zwang وساوس او قيود
	<input type="checkbox"/> Verfolgungs- und/oder Beobachtungsgefühle الشعور بانك مراقب او مضطهد		<input type="checkbox"/> Missbrauch oder Abhängigkeit - انت مدمن على الكحول و او نوع من المخدرات
<b>Wann sind Ihre Beschwerden aufgetreten?</b> منذ متى ظهرت الاعراض			
vor..... Tagen ايام.....	Wochen ..... vor اسابيع.....	vor .... Monaten . اشهر.....	vor ..... Jahren اعوام....
<b>Sind die Beschwerden akut oder schleichend aufgetreten?</b> هذه الاعراض ظهرت		<input type="checkbox"/> akut بطريقة مفاجئة	<input type="checkbox"/> schleichend تدرجيا

#### 4. Fragebogen psychiatrischer Anamnese und Befunderhebung

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف السلك الطبي بمصحة الامراض النفسية

<p><b>Sind die Beschwerden episodisch oder kontinuierlich vorhanden?</b> الاعراض متواجدة بصفة</p>	<p><input type="checkbox"/> episodisch عابرة</p>	<p><input type="checkbox"/> kontinuierlich مستمرة</p>
<p><b>Auslösende Situationen</b> الاسباب او العوامل المؤثرة</p>	<p><input type="checkbox"/> kritische Lebensereignisse (Tod eines Angehörigen) حدث مفاجئ (وفاة احد الاقرباء او ما يشابهه)</p>	
<p><input type="checkbox"/> andauernde Belastungssituation وضعية عبيء مزمنة</p> <p><input type="checkbox"/> in der Partnerschaft مشاكل فى العلاقة الزوجية او عائلية</p> <p><input type="checkbox"/> mit Behörden مشاكل مع السلطة او الهيئات العامة</p> <p><input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz مشاكل فى اطار العمل او مع الادارة</p>	<p><input type="checkbox"/> Zusammenhang mit psychotropen Substanzen امكانية وجود علاقة بين الاعراض و تناول</p> <p><input type="checkbox"/> Alkohol الكحول</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabis القنب او الحشيش</p> <p><input type="checkbox"/> andere Drogen نوع مخدر اخر</p>	
<p><b>Wie schätzen Sie den Schweregrad Ihrer Beeinträchtigung im Alltag ein?</b> كيف تقدرت تأثير الاعراض على حياتك اليومية</p>		
<p><input type="checkbox"/> leicht ضعيف</p>	<p><input type="checkbox"/> mittelgradig متوسط</p>	<p><input type="checkbox"/> schwer كبير</p>

#### 4. Fragebogen psychiatrischer Anamnese und Befunderhebung

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف السلك الطبي بمصحة الامراض النفسية

##### Geburt und Entwicklung

<b>Geburt</b> الولادة	<input type="checkbox"/> normal عاديه	<input type="checkbox"/> mit Komplikation (Kaiserschnitt, Frühgeburt) مع تعقيدات
<b>Kinderkrankheiten</b> امراض سن الطفولة	<input type="checkbox"/> Masern عاديه	<input type="checkbox"/> Windpocken الجدري
	<input type="checkbox"/> Mumps النكاف	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis شلل الاطفال
<b>Impfungen</b> التطعيم	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
<b>Was ist ihre höchste Schulausbildung?</b> ما هو اعلى مستوى دراسي لديك		
<input type="checkbox"/> Keine Schule غير متعلم	<input type="checkbox"/> Sekundarschule oder Gymnasium مستوى ثانوي	
<input type="checkbox"/> Grundschule مستوى ابتدائي	<input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule مستوى جامعي	

##### Krankheitsgeschichte

التاريخ الصحي

<b>Somatisch</b> جسديا هل تعاني من مرض مزمن	<input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus السكري	
<input type="checkbox"/> Rheuma, autoimmune Erkrankungen مرض المفاصل او المناعة	<input type="checkbox"/> Neoplasien, Krebserkrankungen ورم امراض السرطان	<input type="checkbox"/> Epilepsie مرض الصرع	
<b>Psychiatrisch</b> نفسيا	<input type="checkbox"/> Depression, bipolare Störung الاكتئاب او مرض ثنائي القطب	<input type="checkbox"/> Angststörung, Phobien الرهاب او الفوبيا	<input type="checkbox"/> dementielle Störung فقدان الذاكرة الزهايمر
<input type="checkbox"/> Psychose, Schizophrenie الذهان او الانفصام	<input type="checkbox"/> Angststörung, Phobien الرهاب او الفوبيا	<input type="checkbox"/> Abhängigkeit, Sucht الادمان	<input type="checkbox"/> andere اخر

#### 4. Fragebogen psychiatrischer Anamnese und Befunderhebung

قائمة الاسئلة للتشخيص من طرف السلك الطبي بمصحة الامراض النفسية

Haben Sie eine Allergie هل لديك حساسية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
Wenn ja, wogegen sind Sie allergisch? في حالة نعم اتجاه?		
<input type="checkbox"/> Medikament ادوية	<input type="checkbox"/> Lebensmittel مواد غذائية	<input type="checkbox"/> andere اخر

#### Suchtanamnese

اسئلة متعلقة بتعاطي مواد مدمنة

Konsumieren Sie Alkohol? هل تتناول مشروبات كحولية			
<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> gelegentlich نادرا	<input type="checkbox"/> regelmäßig بانتظام	<input type="checkbox"/> nein لا
Konsumieren Sie Drogen? هل تتعاطى مخدرات او حبوب مهلوسة			
<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> gelegentlich نادرا	<input type="checkbox"/> regelmäßig بانتظام	<input type="checkbox"/> nein لا
Welche Art von Drogen nehmen Sie? اي نوع			
<input type="checkbox"/> Cannabinoide القنب (الحشيش)		<input type="checkbox"/> Stimulanzien منشطات	
<input type="checkbox"/> Opiate افيون		<input type="checkbox"/> andere اخر	
Nehmen Sie Medikamente? هل تتناول ادوية	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
Sind die Medikamente von einem Arzt verschrieben worden? هل هذه الادوية موصوفة من قبل طبيب	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
Rauchen Sie? هل تدخن	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم	
		.... Zigaretten pro Tag ..... سجارة في اليوم	

## 5. Familienanamnese

### التاريخ الصحي العائلي

Psychosoziale Situation der Eltern معلومات عن الوضعية العائلية		
	Mutter الام	Vater الاب
Alter العمر		
Beruf المهنة		
gegebenenfalls Todesdaten السن في حالة الوفاة		
Todesursache سبب الوفاة		
Wie viele Geschwister haben Sie? ..... كم عدد اخوتك.....		
Welche Stellung haben Sie in der Geschwisterreihe?..... ماهو ترتيبك بين الاخوة.....		
Gab es eine Trennung oder Scheidung in der Familie هل حصل طلاق او فراق في العائلة	<input type="checkbox"/> nein لا	<input type="checkbox"/> ja نعم
		im Alter von كم كان عمرك.....
Wer ist Ihre Bezugsperson? ..... من هو اقرب شخص اليك.		
Wie war die Erziehung? كيف كانت التربية		
<input type="checkbox"/> liebevoll بمودة	<input type="checkbox"/> streng/autoritär صارمة	<input type="checkbox"/> liberal بحرية
Wie war die Atmosphäre? كيف كان الجو العائلي		
<input type="checkbox"/> harmonisch منسجم	<input type="checkbox"/> konflikthaft مليء بالمشاكل	<input type="checkbox"/> variabel متغير

## 5. Familienanamnese

التاريخ الصحي العائلي

<b>Familiäre Belastung</b> الامراض المتواجدة في العائلة			
<b>Somatisch</b> جسديا هل تعاني من مرض مزمن	<input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus السكري	
<input type="checkbox"/> Rheuma, autoimmune Erkrankungen مرض المفاصل او المناعة	<input type="checkbox"/> Neoplasien, Krebserkrankungen ورم امراض السرطان	<input type="checkbox"/> Epilepsie مرض الصرع	
<b>Psychiatrisch</b> نفسيا	<input type="checkbox"/> Depression, bipolare Störung الاكتئاب او مرض ثنائي القطب	<input type="checkbox"/> Angststörung, Phobien الرهاب او الفوبيا	<input type="checkbox"/> dementielle Störung فقدان الذاكرة الزهايمر
<input type="checkbox"/> Psychose, Schizophrenie الذهان او الانفصام	<input type="checkbox"/> Angststörung, Phobien الرهاب او الفوبيا	<input type="checkbox"/> Abhängigkeit, Sucht الادمان	<input type="checkbox"/> andere اخر