



**Germany
Healthcare**

جيرمني هلت كير

Moustafa Sabbagh
Managing Director

Oststr. 8
D-53173 Bonn
Germany

Phone: +49 (0)228 971 619 11
Fax: +49 (0)228 971 619 19
Mobile: +49 (0)157 721 434 40

info@germany-healthcare.com
www.germany-healthcare.com

Anamnese Medical history

Surname | اسم العائلة | Nachname

Address | العنوان | Adresse

Phone | رقم الهاتف | Telefon

Date of Birth (dd.mm.y) | تاريخ الميلاد كاملا | Geburtstag

First name | الاسم | Vorname

City | المدينة | Stadt

E-Mail | الإيميل

High | الطول | Größe

Weight | الوزن | Gewicht

Disease to be treated | الامراض المراد علاجها | Anfrage zu folgenden Krankheiten

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

Clinical History

Write down your disease history with dates when possible.

الرجاء وصف الأمراض مع مراعاة ذكر التاريخ و إذا كان لديكم المزيد الذي تريدون إضافته تستطيعون استعمال ورقه إضافيه

Bitte schildern Sie hier den Krankheitsverlauf mit Datumsangaben.

When you need additional space , use the backside of this form. | وصف الامراض | Für weiteren Angaben, können Sie die Rückseite benutzen.

Symptoms

Pains | الألم | Schmerzen

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Short briefing | الوصف | Kurze Beschreibung

Cramps | تقلصات عضليه | Spasmen

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Fatigue | ضعف ووهن | Schwäche

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein



Symptoms

Sensation loss (numbness) | ضعف الحواس | Gefühlsverlust (Taubheitsgefühl)

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Short briefing | الوصف | Kurze Beschreibung

Reduced mobility (Walking difficulty or weakness of leg or feet) | ضعف القدرة على المشي ضعف الساقين أو القدمين | Mobilitätsverlust

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Speak disturbance (Aphasia) | ضعف القدرة على الكلام | Sprachverluste (Aphasia)

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Loss of grasped Loss of expressed speech Spoken or written (Expression Aphasia) | فقدان بعض التعبيرات والمصطلحات شفهي أو كتابي | Verlust von Begriffen, Gesprochenem und oder Geschriebenem (Aphasia)

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Coordination disorder | مشاكل في تحديد الاتجاهات و المكان | Koordinationsprobleme

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein



Symptoms

Paralysis / Palsy | شلل | Lähmungen

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Short briefing | الوصف | Kurze Beschreibung

Heart attack / Myocardial infarction / Stroke | جلطة | Herzinfarkt / Schlaganfall

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

High blood pressure | ارتفاع ضغط الدم | Bluthochdruck

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Thyroid disease | أمراض الغدة الدرقية | Schilddrüsenerkrankung

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Sleeping disorder / Insomnia | أرق و قلة النوم | Schlaflosigkeit

Yes | نعم | Ja

No | لا | Nein

Medications & Drugs

Medications الأدوية Medikamente	Dose الجرعة Dosis	Frequency الجرعات Häufigkeit pro Tag

Blood thinner

Do you take any blood thinner like Aspirin or Warfarine? Which ?

هل تستعمل مميع دم ؟ اسبرين ؟ إذا كان الجواب نعم , اسماء الأدوية

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente(wie Marcumar oder. Aspirin)? Wenn ja bitte Medikament angeben

Yes | نعم | Ja No | لا | Nein

Allergical reactions

Do you have allergic reactions against medications or any things else? Which?

When yes , describe your symptoms or your allergic reaction.

إذا كان الجواب نعم , الرجاء هل لديك حساسية ضد أي مادة أو دواء ؟

Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder sonstige Stoffe?

Wenn ja, beschreiben Sie wie Sie auf das Medikament reagiert haben.

Yes | نعم | Ja No | لا | Nein



**Germany
Healthcare**

جيرمني هلت كير

Operations

Which operations have you done so far

ما هي العمليات الجراحية التي أجريتها إلى الآن ؟ التاريخ

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Year

التاريخ

Jahr

العملية | Operation

العملية Operation	Year التاريخ Jahr

