

يرجى ملء هذا الاستبيان **Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus**

أنا أفهم العربية فقط Ich verstehe nur Arabisch
 أنا أفهم اللغة الإنجليزية Ich verstehe Englisch
 أنا أفهم الألمانية Ich verstehe Deutsch

أريد دواء لشخص آخر Ich möchte ein Arzneimittel für jemand anderen
 أريد دواء لنفسي Ich möchte ein Arzneimittel für mich

أنا لست حاملا Ich bin nicht schwanger
 أنا حامل Ich bin schwanger

لدي مرض مزمن Ich habe eine chronische Krankheit

<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> أمراض الرئة Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/> مرض القلب Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus مرض السكري
<input type="checkbox"/> صرع Epilepsie	<input type="checkbox"/> أمراض الكلى Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/> حساسية Allergie	<input type="checkbox"/> أمراض المعدة Magenkrankheit

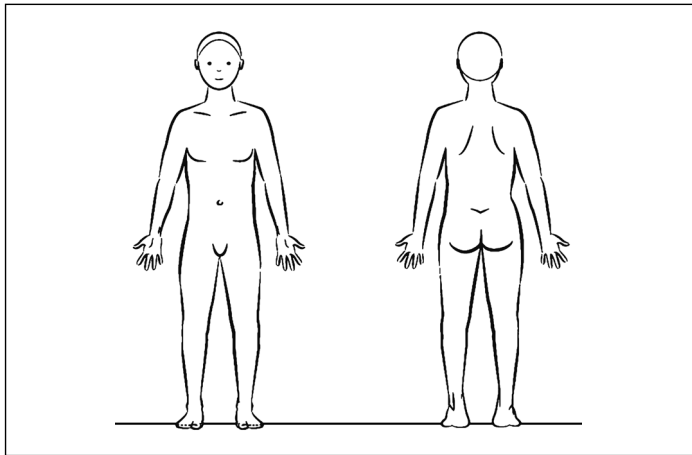
أنا لا أدخن Ich rauche nicht
 أنا أدخن بانتظام Ich rauche regelmäßig

أتناول الدواء بانتظام. نرجو إحضاره إلى الصيدلية. Ich nehme regelmäßig Medikament ein. Bitte bringen Sie sie in die Apotheke mit.

أتناول الدواء نادرا. Ich nehme nur selten Medikamente ein.

لدي شكاوى وأرغب في دواء Ich habe Beschwerden und wünsche ein Arzneimittel gegen

<input type="checkbox"/> ألم المعدة Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> آلام الظهر Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> صداع Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> وجع أسنان Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> ألم Schmerzen
<input type="checkbox"/> وجع الأذن Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> نزكام Schnupfen	<input type="checkbox"/> الحكّة Juckreiz	<input type="checkbox"/> حساسية Allergie	<input type="checkbox"/> التهاب في الحلق Halsschmerzen
<input type="checkbox"/> صعوبة في البلع Beschwerden beim Schlucken	<input type="checkbox"/> إسهال Durchfall	<input type="checkbox"/> الإمساك Verstopfung	<input type="checkbox"/> مرض Erbrechen	<input type="checkbox"/> سعال Husten
<input type="checkbox"/> حرقه Sodbrennen	<input type="checkbox"/> تشنجات الحيض Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/> آرق Schlafstörung	<input type="checkbox"/> مرض جلدي Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> غثيان Übelkeit
<input type="checkbox"/> أمراض العين Augenkrankheit	<input type="checkbox"/> جرح Wunde			



Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein
 يرجى وصف مكان شكاؤك

الشكاوى مستمرة Die Beschwerden bestehen

أقل من يوم واحد weniger als einen Tag
 حتى 1-2 يوم ein bis zwei Tage
 أكثر من يومين länger als zwei Tage

لدي ارتفاع في درجة الحرارة Ich habe hohes Fieber
 لدي حمى طفيفة Ich habe leichtes Fieber
 ليس لدى أي حمى Ich habe kein Fieber

لم أكن بسبب الشكاوى عند الطبيب Ich war wegen der Beschwerden noch nicht beim Arzt

ذهبت للطبيب بالفعل بسبب الشكاوى Ich war wegen der Beschwerden bereits beim Arzt

أنا بحاجة إلى الواقي الذكري Ich benötige Kondome
 يرجى قياس ضغط الدم Bitte messen Sie meinen Blutdruck

شكرا لكم لزيارة صيدليتنا **Danke für Ihren Besuch in unserer Apotheke**

اسم وعنوان الصيدلية Name und Anschrift der Apotheke

سوف نطلب لك الدواء. نرجو أن تستلمه غدا. Wir bestellen das Arzneimittel für Sie. Bitte holen Sie es morgen ab.

سوف نصنع لك الدواء. نرجو أن تستلمه غدا. Wir stellen das Arzneimittel für Sie her. Bitte holen Sie es morgen ab.

الأدوية لا تكلفك شيئا. Das Arzneimittel kostet nichts für Sie.

الأدوية تكلفك _____ Euro. Das Arzneimittel kostet _____ Euro.

ننصحك بالذهاب للطبيب. Wir raten Ihnen zum Arzt zu gehen.

نرجو الذهاب للطبيب إذا لم تتحسن حالتك خلال يومين. Bitte gehen Sie zum Arzt, wenn die Beschwerden nicht in zwei Tagen besser geworden sind.


عنوان طبيب في المناطق المجاورة Anschritt eines Arztes in der Nähe

التاريخ Datum اسم الدواء Name des Arzneimittels

سوف تحصل على دواء Sie erhalten ein Arzneimittel

<input type="checkbox"/> لوضع على الجلد Zum Auftragen auf die Haut	<input type="checkbox"/> للابتلاع عن طريق الفم Zur oralen Einnahme
<input type="checkbox"/> للاستنشاق Zum Einatmen	<input type="checkbox"/> للرش في الأنف في الأنف Zum Einsprühen in die Nase
<input type="checkbox"/> للتقطير في الأذن Zum Eintropfen ins Ohr	<input type="checkbox"/> للتقطير في العين Zum Eintropfen ins Auge
<input type="checkbox"/> للحقن من قبل الطبيب Zur Injektion durch den Arzt	<input type="checkbox"/> للحقن في الشرج Zum Einführen in den Enddarm

تطبيق أو ابتلاع Anwendung oder Einnahme

	<input type="checkbox"/> مرتين في اليوم Zweimal täglich	<input type="checkbox"/> مرة واحدة في اليوم Einmal täglich
	<input type="checkbox"/> إذا لزم الأمر Bei Bedarf	<input type="checkbox"/> ثلاث مرات في اليوم Dreimal täglich
	<input type="checkbox"/> في المساء Abends	<input type="checkbox"/> في الصباح Morgens
	<input type="checkbox"/> حبتين Zwei Stück	<input type="checkbox"/> حبة واحدة Ein Stück
<input type="checkbox"/> بعد ساعتين من تناول الطعام Zwei Stunden nach dem Essen	<input type="checkbox"/> ثلاثين دقيقة قبل تناول الطعام 30 Minuten vor dem Essen	
<input type="checkbox"/> الصباح قبل الإفطار Morgens vor dem Frühstück	<input type="checkbox"/> للأكل Zum Essen	
<input type="checkbox"/> تناول الدواء مع كوب من الماء العادي Nehmen Sie das Arzneimittel mit einem Glas Leitungswasser ein		
<input type="checkbox"/> اطلب من الصيدلي أن يوضح لك كيفية استخدام الدواء. Lassen Sie sich in der Apotheke die Anwendung des Arzneimittels zeigen.		
<input type="checkbox"/> يرجى تخزين الدواء في مكان بارد. Bitte lagern Sie das Arzneimittel möglichst kühl.		
<input type="checkbox"/> تأكد من أن الدواء بعيد عن متناول الأطفال. Achten Sie darauf, dass das Arzneimittel nicht in die Hände von Kindern gelangt.		