

Formular fuer einen Arztbesuch (FORM FOR A GENERAL MEDICAL APPOINTMENT)

An den behandelten Arzt, (*Dear Doctor*)

Dies ist ein Formular um die Symptome meines Kindes und ihre Anweisungen zu uebersetzen, da ich leider kein Deutsch spreche. (*This is a form to translate the symptoms of my child and your medical instructions because I do not speak German.*)

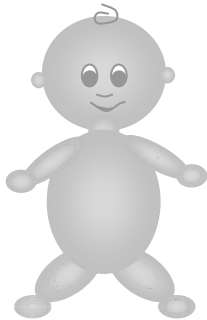
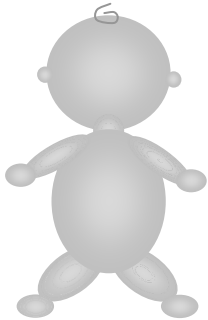


Elternteil komplett Ch(Parent to Complete)

A. Kinder-Information (Child's information)

1. Name des Kindes (<i>Child's name</i>)	
2. Alter des Kindes (<i>Child's age</i>)	_____ Jahre (<i>years</i>) _____ Monate (<i>months</i>)
3. Gewicht des Kindes (falls bekannt) (<i>Child's weight if known</i>)	

B. Symptome: Alle zutreffenden Symptome bitte angeben (Eltern) (Symptoms: Parent to tick all applicable)

<p>4. Falls moeglich, Symptome hier angeben (Indicate symptoms here if applicable):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center;">Vorne (<i>Front</i>) Hinten (<i>Back</i>)</p>	<table border="1"> <tr><td>Fieber (<i>has fever</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat hier Schmerzen (<i>has pain here</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat hier einen Ausschlag (<i>has a rash here</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat hier eine Infektion (<i>has an infection here</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat Husten (<i>has a cough</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat Atembeschwerden (<i>breathes with difficulty</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie ist traeege (<i>has phlegm</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat viel abgenommen (<i>has been sick a lot</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat ein wenig abgenommen (<i>has been sick a little</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat Durchsall (<i>has diarrhoea</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat Verstopfung... (<i>is constipated</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat Schmerzen beim Urinieren (<i>is in pain when urinating</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie hat keinen Hunger (<i>doesn't want to eat</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Er/Sie ist antriebslos / lustlos (<i>is irritable</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Sonstiges (<i>other – consult phrase book</i>)</td><td></td></tr> </table>	Fieber (<i>has fever</i>)		Er/Sie hat hier Schmerzen (<i>has pain here</i>)		Er/Sie hat hier einen Ausschlag (<i>has a rash here</i>)		Er/Sie hat hier eine Infektion (<i>has an infection here</i>)		Er/Sie hat Husten (<i>has a cough</i>)		Er/Sie hat Atembeschwerden (<i>breathes with difficulty</i>)		Er/Sie ist traeege (<i>has phlegm</i>)		Er/Sie hat viel abgenommen (<i>has been sick a lot</i>)		Er/Sie hat ein wenig abgenommen (<i>has been sick a little</i>)		Er/Sie hat Durchsall (<i>has diarrhoea</i>)		Er/Sie hat Verstopfung... (<i>is constipated</i>)		Er/Sie hat Schmerzen beim Urinieren (<i>is in pain when urinating</i>)		Er/Sie hat keinen Hunger (<i>doesn't want to eat</i>)		Er/Sie ist antriebslos / lustlos (<i>is irritable</i>)		Sonstiges (<i>other – consult phrase book</i>)	
	Fieber (<i>has fever</i>)																														
	Er/Sie hat hier Schmerzen (<i>has pain here</i>)																														
	Er/Sie hat hier einen Ausschlag (<i>has a rash here</i>)																														
	Er/Sie hat hier eine Infektion (<i>has an infection here</i>)																														
	Er/Sie hat Husten (<i>has a cough</i>)																														
	Er/Sie hat Atembeschwerden (<i>breathes with difficulty</i>)																														
	Er/Sie ist traeege (<i>has phlegm</i>)																														
	Er/Sie hat viel abgenommen (<i>has been sick a lot</i>)																														
	Er/Sie hat ein wenig abgenommen (<i>has been sick a little</i>)																														
	Er/Sie hat Durchsall (<i>has diarrhoea</i>)																														
	Er/Sie hat Verstopfung... (<i>is constipated</i>)																														
	Er/Sie hat Schmerzen beim Urinieren (<i>is in pain when urinating</i>)																														
	Er/Sie hat keinen Hunger (<i>doesn't want to eat</i>)																														
Er/Sie ist antriebslos / lustlos (<i>is irritable</i>)																															
Sonstiges (<i>other – consult phrase book</i>)																															
5. Wie lange dauern die Sympotme bereits an? (<i>for how many days have the symptoms been present?</i>)	_____ Tage (<i>days</i>)																														
6. Hat Ihr Kind heute Medizin zu sich genommen? (<i>has your child taken medicine today?</i>)	Ja (<i>Yes</i>). Welche? (<i>which?</i>) _____ Wann (<i>when?</i>) _____am/pm																														

C. Krankengeschichte (Medical History)

7. Allergie Bitte alle zutreffenden auswaehlen (<i>allergies – tick all that apply</i>)	<table border="1"> <tr><td>Asthma (<i>asthma</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Pollen (<i>hayfever</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Exzeme (<i>eczema</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Penicilline (<i>penicillin</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Pflaster (<i>Plasters</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Nahrungsmittel – Welche? (<i>food – which?</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Sonstige Medikamente – Welche? (<i>other medicines – which?</i>)</td><td></td></tr> </table>	Asthma (<i>asthma</i>)		Pollen (<i>hayfever</i>)		Exzeme (<i>eczema</i>)		Penicilline (<i>penicillin</i>)		Pflaster (<i>Plasters</i>)		Nahrungsmittel – Welche? (<i>food – which?</i>)		Sonstige Medikamente – Welche? (<i>other medicines – which?</i>)	
Asthma (<i>asthma</i>)															
Pollen (<i>hayfever</i>)															
Exzeme (<i>eczema</i>)															
Penicilline (<i>penicillin</i>)															
Pflaster (<i>Plasters</i>)															
Nahrungsmittel – Welche? (<i>food – which?</i>)															
Sonstige Medikamente – Welche? (<i>other medicines – which?</i>)															
8. Sonstige medizinische Vorfaelle in der Vergangenheit (<i>Other medical history</i>)															



Auszufuellen vom behandelnten Arzt (Doctor to Complete)

D. Anweisungen des Arztes: Verordnete Medizin

(Doctor's instructions: Medicine to be administered)

9. Name des Medikaments <i>(medicine name)</i>	
10. Dosis? <i>(how much per dose?)</i>	_____ Mls _____ Tabletten <i>(tablets)</i> _____ Tropfen <i>(drop)</i> _____ Sonstige <i>(other)</i>
11. Wie oft taeglich? <i>(how many times a day?)</i>	
12. Wie viele Tage? <i>(for how many days?)</i>	
13. Muss mein Kind wieder kommen? <i>(does my child need to return to see you?)</i>	Ja <i>(yes)</i> / Nein <i>(no)</i> Wochentag <i>(Day)</i> : • Montag <i>(Mon)</i> • Dienstag <i>(Tues)</i> • Mittwoch <i>(Weds)</i> • Donnerstag <i>(Thu)</i> • Freitag <i>(Fri)</i>

E. Sonstige Anweisungen (other instructions)

14. Muss mein Kind ins Krankenhaus? [Bitte eine Option auswaehlen] <i>(My child needs to go to hospital?)</i>	Ja -unverzueglich <i>(yes immediately)</i> Ja, mit einem Termin – der Arzt gibt Ihnen Anweisungen <i>(yes with an appointment - doctor will give instructions)</i> Nein <i>(no)</i>
15. Andere Anweisungen – Bitte schreiben Sie sie hier auf. Ich werde sie spaeter uebersetzen. <i>(Other instructions – please write them here and I will translate them later)</i>	

F. Hinweis fuer die Anmeldung: (Note for reception)

Koennte mein Kind bitte einen Termin (sehen box 13) bekommen? Danke.
(Please could my child have an appointment for the above day in box 13. Thankyou.)

Von der Anmeldung auszufuellen : *(reception please complete)*

Termin *(appointment)*: _____ Datum *(date)* _____ Uhrzeit *(time)*

_____ Arzt *(doctor)*