

ملف باللغة الألمانية يُستخدم كنموذج anamnesebogen (استبيان تاريخ طبي) ضمن إجراءات تقييم الأطباء المتقدمين لمعادلة شهاداتهم في ألمانيا



تم تحميل هذا الملف من موقع مهاجرون

[موقع مهاجرون](#) ← [ألمانيا](#) ← [التعليم](#) ← [ملفات](#)

[إعداد: Münster Bezirksregierung](#)

روابط مواقع التواصل الاجتماعي في ألمانيا



أحدث ما تم نشره في ألمانيا

1 [دليل شامل لمعادلة شهادة الطب البشري في ولاية شمال الراين - مونستر](#)

2 [ما هي الخطوات العملية لطلب اللجوء في ألمانيا من لحظة الوصول حتى الحصول على الإقامة؟](#)

3 [إلغاء التظلم على تأشيرات ألمانيا اعتباراً من 1 يوليو 2025: شروط جديدة وآلية التقديم الإلكتروني](#)

4 [كل ما يتعلق بامتحان السياسة للحصول على الجنسية](#)

5 [كيفية الحصول على حدائق منزلية أرضية أو على الشرفات بأرخص الأسعار](#)

[للمزيد من المقالات التي تهتم المهاجرين في ألمانيا اضغط هنا](#)

Anamnese

1. Vorstellung:

- Guten Tag, Wadi ist mein Name, ich bin der zuständige Arzt für Sie Heute und würde gerne mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen.

2. Persönliche Daten:

- **Wie heißen Sie?**

Könnten Sie bitte Ihren Namen langsam buchstabieren?

habe ich Ihren Namen richtig geschrieben?

Spreche ich Ihren Namen richtig aus?

- **Also Herr/Frau ----- , bevor wir über ihre Beschwerde sprechen, würde ich gerne allgemeine Fragen stellen.**

- Wann sind Sie geboren? Wie alt sind Sie? (am 13.02.1965)

- Wie groß sind Sie? (170 cm. / 1.7 m.)

- Wie viel wiegen Sie? (70 Kg.)

3. Aktuelle Beschwerden:

- Also Herr/Frau----- , was für Beschwerden haben Sie? // Was führt Sie zu uns?

- Seit wann haben Sie diese Beschwerden?// Wann haben die Beschwerden angefangen?

Die Schmerzen

S O C R A T E S

Site – Schmerzen mit Lokalisation :

- Könnten Sie mir bitte sagen, wo die Schmerzen genau sind? // An welchen Körperstellen treten die Schmerzen auf? // Zeigen Sie mir bitte, wo die Schmerzen genau sind?
(lokal, diffus, punktuell, ober.., unter.., lincks, rechts, einseitig, beidseitig, seitlich, in der Mitte, tief, oberflächlich. (Lokalisation ... lokalisiert) die Schmerzen sind im unterbauch lokalisiert.

Onset - Auftreten

- Seit wann haben Sie die Schmerzen ?// Wann haben die Schmerzen angefangn?
- Sind die Schmerzen plötzlich oder langsam aufgetreten?
langsam # plötzlich, überraschende, schlagartige .. auftretende Schmerzen.

Charakter

- Könnten Sie mir bitte die Schmerzen genauer beschreiben? sind sie eher dumpf, stechend, pochend, schneidend, ziehend, krampfartig, kolikartig, drückend, hämmernd, klopfend, pulsierend, brennend, kribbelnd, einschießend, vernichtend, angiös? // Wie fühlt sich der Schmerzen an?

Radiation - Ausstrahlung

- Strahlen die Schmerzen in andere Körperteile aus? in die
- Schulter, in den Kiefer, in den Arm, in den Rücken, in die Leiste, zwischen die Beine.
ausstrahlend # wandernd

Associations – Begleitsymptome ...

Time course – Verlauf

- Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen sie manchmal wieder weg?
// Wie häufig treten die Schmerzen auf? // Wie oft haben Sie die Schmerzen? //
Haben Sie die ganze Zeit Schmerzen?
dauerhaft, andauernd, anhaltend, ständig, persistierend # wiederkehrend, rezidivierend
//andauernd, mehrmals täglich, täglich, mehrmals wöchentlich, wöchentlich, manchmal, selten.
- Wie haben sich die Schmerzen im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert? zunehmend, abnehmend, wellenförmig, gleichbleibend.
- Wann treten die Schmerzen auf? // Sind die Schmerzen zu einem bestimmten Zeitpunkt stärker? morgens, tagsüber, abends , oder in der Nacht

Exacerbating / relieving factors – Auslöser, lindernde oder verschlimmernde Faktoren

- Wann treten die Schmerzen auf, bei Belastung oder in Ruhe?
- Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen? // Gab es ein Ereignis, das die Schmerzen ausgelöst hat, z. B. eine Verletzung oder einen Unfall?
- Gibt es etwas, was die Schmerzen lindert oder verstärkt? // Wodurch werden die Schmerzen verbessert oder verschlimmert? Wie Methoden oder Körperstellung.
- Sind die Schmerzen abhängig von körperlicher Aktivität/Bewegung wie beim Laufen oder Anziehen, nach Lage oder Positionswechsel wie Hinlegen, nach dem Treppensteigen oder nach Anstrengungen?
- Sind die Schmerzen abhängig von körperlicher Inaktivität z. B. im Liegen, im Sitzen, im Stehen?
- Gibt es Zusammenhang zwischen der Schmerzen und Stress, Essen, wetter, der Jahreszeit? Jahreszeitenabhängig, witterabhängig, nach dem Essen, vor dem Essen(nüchtern)
- Gibt es Zusammenhang zwischen der Schmerzen und Hinlegen, Schlucken von Speisen, Husten, tief Atmen?
- Was haben Sie ausprobiert, um die Schmerzen zu lindern? // Können Sie etwas tun, damit die Schmerzen nachlassen?
- Haben Sie Schmerztabletten, (Magenschutztabletten) eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?

Severity - Intensität

- Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 1 sehr leicht und 10 sehr stark ist? minimal, leicht, mittelpstark, erträglich, stark, schlimm, quälend, heftig, gravierend, unerträglich, furchtbar, höllisch, lähmend,

Stechen .. du stichst .. er sticht ** hämmern .. er hämmert طرق ** Brennen .. er brennt ** drücken .. er drückt **
bohren .. er bohrt يحفر أو ينقب ** ansteigen .. er steigt an يرتفع أو يزيد ** wiederkehren.. er kehrt wieder ** quälen .. er quält أوجع أو وجز
** ziehen .. er zieht

die Wehen (pl.) المخاض ** wehenartig مثل آلام الولادة ** blitzartig **

* dumpf .. dull / stechend .. piercing or sharp / seitlich=lateral / pochend كانه شخص بعمل ثقب / dumpf # scharf /
einschießend wie in Aneurysma فجائي / vernichten = destroy / vernichtend = devastating / höllisch جهنمي /
Vernichtend الصدبة الصدرية / quälend = very painfull / ausstrahlend أخرى منطقة / كان في منطقة ثم اختفى وراح على منطقة أخرى /
wandernd = wir haben Schmerzen gleichzeitig in A und B

- Seit wann haben Sie Fieber?
- Haben Sie es gemessen?
- Haben Sie es Oral/ Rektal/ aurikulär(auricular)/ oder axillär gemessen?
- Wie hoch war es?
- verläuft es gleichmäßig oder wellenförmig?

4. Vegetativ Anamnese

- 1- Haben Sie Fieber? (Ja)
- 2- Haben Sie einen Schüttelfrost, Nachtschweiß oder Schweißausbrüche?
- 3- Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?
- 4- Haben Sie in letzter Zeit ab- oder zugenommen? wie Viel? Seit wann?
- 5- Über welchem Zeitraum haben Sie (Nummer) Kilogram ab- oder zugenommen? passen Ihnen Ihre Kleidung noch?
- 6- Haben Sie das Bewusstsein verloren?
- 7- war Ihnen schwindelig(dizzy)?
- 8- Haben Sie verschwommenes Sehen gehabt?
- 9- Haben Sie Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen , Durchfall oder verstopfung?
- 10- Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen? welche? Seit wann?
- 11- Hat sich die Farbe Ihres Stuhls oder Ihres Urins verändert?
- 12- Schlafen Sie gut?

5. Sexualität und frauenanamnese :

Darf ich Sie Fragen, ob es Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr(الجماع) gibt, Schmerzen z. B. ?

Haben Sie Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern ?

< 50 Jahren	50- 55 Jahren	> 55 Jahren
<ul style="list-style-type: none"> - Wann hatten Sie ihre erste Regelblutung? - Ist ihre Monatsblutung regelmäßig? - Könnte es sein, dass Sie zurzeit Schwanger sind? - Verhüten Sie? - Wie verhüten Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie noch Ihre periode? - Ist ihre Monatsblutung regelmäßig? 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie noch Ihre periode? - Wann hatten Sie ihre letzte Periode(regel blutung)?

*** In Ordnung, ich würde ihnen gerne einige Fragen zu ihrer Vorgeschichte stellen.

6. Vorerkrankungen

- 1- Leiden Sie an chronischen Erkrankungen Z.B (Bluthochdruck, Zuckerkrankheit oder Diabetes, erhöhte Blutfettwerte, Gicht(gout)? Seit wann?
- 2- Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn Ja, wo, wann, warum?

7. Medikamente

- 1- Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich_(occasionally) Medikamente ein?
welche? Wie(Verabreichungsweg) ? Seit wann? wie stark? wie oft täglich?
- 2- Haben Sie Ihre Medikamntenliste dabei?
- 3- Nehmen Sie Pille? (Schlafmittel, abführmittel_(laxative))?
- 4- Für Frauen: Nehmen Sie Empfängnisverhütende (Verhütungspillen)
Pille? (Empfängnis ... conception)

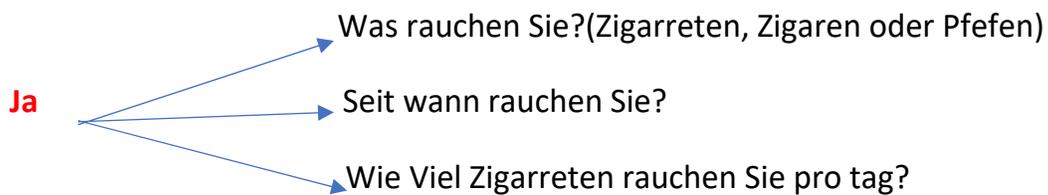
8. Allergie und Unverträglichkeiten

- 1- Reagieren Sie Allergisch auf bestimmte medikamente oder etwas anderes?(Penizillin, Erdnuss, Tierhaare, Latex , braune Pflaster).
- 2- Haben Sie Unverträglichkeit gegen bestimmtes Lebensmittel?
Wie Joghurt oder etwas anders?

**** Ich würde ihnen gerne noch ein paar allgemeine Fragen stellen.**

9. Noxen/Genussmittel und Drogen

i. Rauchen Sie?



Ich habe mit dem rauchen aufgehört

- wann haben sie mit dem Rauchen aufgehört?
- wie viele Zigarreten haben Sie damals pro tag geraucht?
- wie viele Jahren haben Sie zuvor geraucht?

ii. Alkohol

- 1- Trinken Sie Alkohol?
- 2- wie Viel trinken Sie ungefähr?
- 3- Trinken Sie Täglich oder nur zu bestimmten anlässen?
- 4- Seit wann ... ?
- 5-

iii. Drogen

- 1- Darf ich Sie fragen, ob Sie ab und zu oder selten einen Rausch oder Stoff wie Kokain oder Heroin nehmen?

10. Sozialanamnese

1. wie ist Ihr Familienstand?
2. Wo wohnen Sie? und mit wem wohnen Sie zusammen?
3. Haben Sie jemanden, der Ihnen zu Hause helfen kann ?
4. Haben Sie Kinder? wie Viele?
5. Haben Sie Geschwister? wie Viele?
6. Was sind Sie von Beruf?
7. Haben Sie Stress auf der Arbeit oder zu Hause?

11. Familienanamnese

- 1- Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister oder Kinder) wichtige Krankheiten ,von denen ich wissen sollte? z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankheiten(familiäre Hypercholesterinämie), Krebs oder Herzinfarkt?
- 2- Leben Ihre Eltern noch? woran sind Ihre Eltern gestorben?
- 3- Wie alt war (Ihr Vater / Ihre Mutter) als (er/sie) gestorben ist?

12. Impfung

- 1- Sind Sie regelmäßig geimpft?

Pneumologische Anamnese

1. Husten und Auswurf: (cough and sputum)

- Haben Sie Husten?
- Seit wann haben Sie Husten?
- Hat der Husten Plötzlich oder langsam begonnen?
- Könnten Sie bitte den Husten genauer beschreiben? Ist er trocken, oder haben Sie auch Auswurf bemerkt?
- Was ist die Farbe des Auswurfs? gelblich, grünlich, transparent?
- Was ist die Konsistenz des Auswurfs? dünn\ dickflüssig, oder eitrig?
- Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?
- Riecht der Husten sehr unangenehm?
- Hat sich der Husten in Intensität verändert?
- Wann tritt der Husten auf? nachts, morgens, tagsüber
- Wann tritt der Husten auf, bei Belastung oder in Ruhe?
- Tritt der Husten in allen Körperlagen oder nur in Liege auf?
- Haben Sie Hustensaft eingenommen? Hat das Ihnen geholfen
- Leiden Sie unter Hustenattacken?
- Haben Sie Atembeschwerden wie Atemnot? wenn ja, bei Belastung oder in Ruhe?
- Haben Sie Brustschmerzen/Kopfschmerzen/Ohren?
- Haben Sie Fieber, Schüttelfrost oder Nachtschweiß?
- Reagieren Sie allergisch auf Tierhaare, Pollen oder etwas anders?
- Sind bei Ihnen geschwollene Beine aufgefallen?
- Haben Sie noch weitere Beschwerden?
- Haben Sie die gleichen Beschwerden früher gehabt?

kurzatmig=schort of breath/Kurzatmigkeit=schortness of breath

2. Fieber mit produktivem Husten

S: -

O:

- Seit wann haben Sie die Beschwerden?

C: (für den Husten und Auswurf)

- ✓ Könnten Sie bitte mir den Husten genauer beschreiben? Ist er trocken, oder haben Sie auch Auswurf bemerkt?
- ✓ Was ist die Farbe des Auswurfes? Blutig, gelblich, grünlich, transparent?
- ✓ Was ist die Konsistenz des Auswurfes? dünn\ dickflüssig, oder eitrig?
- ✓ Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?
- ✓ Riecht der Auswurf sehr unangenehm?

- Seit wann haben Sie Fieber?
- Haben Sie es gemessen?
- Haben Sie es Oral/ Rektal/ aurikulär(auricular)/ oder axillär gemessen?
- Wie hoch war es?
- verläuft es gleichmäßig oder wellenförmig?

- Schüttelfrost
- Nachtschweiß, Schweißausbrüche

A: hier fragen wir über 4 hauptsächliche Erkrankungen (Pneumonie, TB, Legionellose und Pneumocystis jirovecii) und über die Erkrankungen, die zur Pneumonie führen).

• **Pneumonie und Pneumocystis jirovecii**

1. Husten und Fieber ... Schüttelfrörs und Schweiß) ... ?
2. Haben Sie Probleme, Luft zu bekommen? Wann tritt die Luftnot auf, bei Belastung oder in Ruhe.
3. Haben Sie Schmerzen beim Atmen? Treten die Schmerzen bei Einoder Ausatmen?
4. Hat sich ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert ? (Pneumocystis jiveroci)
5. Haben Sie geschwollene Beine in letzter Zeit bemerkt?

* **Risikofaktoren von Pneumonie:**

***Bakterielle Mandelentzündung(tonsilitis) oder Grippe(flu) :**

- Haben Sie Halsschmerzen?
- Hatten Sie in letzter Zeit Gelenk oder Gliederschmerzen(body aches)?
- Hatten Sie in letzter Zeit laufende Nase ?

***GI**

- Haben Sie Schmerzen beim Schlucken(swallow) ?
- Haben Sie saures Aufstoßen bemerkt?(يتجشأ)
- Haben Sie erbrochen?

***Streptokokken Infektion, die auch Meningitis auslösen kann:**

- Leiden Sie unter tiefen Kopfschmerzen
- Haben Sie schmerzhafte Lichtempfindlichkeit (Lichtsscheu= auf englisch photophobic)
- Haben Sie Nackensteifigkeit bemerkt?

***Herpes oder Varizelle (Pneumonie ist eine Komplikation dafür)**

- Hatten Sie in letzter Zeit einen Hautausschlag(skin rash)?

***Lungenkrebs (kann Pneumonie auslösen)**

- Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- Passen Ihnen ihre alten Kleidung noch? Oder sind Sie inzwischen so groß oder so klein?
- Sind Sie heiser ?

- **Legionellose:**(legionellosis)
 - Fieber und Husten
 - Haben Sie Blut gehustet ? (Sie können in Drittel der Fälle vorhanden sein)
 - Haben Sie Atemnot ?
 - Haben Sie Schmerzen beim Atmen? Treten die Schmerzen bei Ein oder Ausatmen?
 - Haben Sie Kopf oder Bauchschmerzen oder Gliederschmerzen/Muskelschmerzen?
 - Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert? (Durchfall)
 - Haben Sie verkrampft? (treten bei der Hyponatriämie)

- **TB:**
 - Fieber und Husten Nachtschweiß und Blut im Auswurf
 - Haben Sie Blut gehustet?
 - Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert?
 - Hat sich ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert ?
 - Haben Sie Gliederschmerzen oder Müdigkeit?
 - Haben Sie Vergrößerung Ihrer Lymphknoten bemerkt? Bei welchem Bereich?

T:

- Tritt der Husten zur bestimmten Tageszeit auf? Nachts, Morgens oder Tagsüber?
- Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

E:

- Gibt es bestimmte Auslöser für die Beschwerden?
- Gibt es etwas, dass der Husten lindert oder verstärkt?

SIADH > Syndrom der inadäquaten ADH Sekretion
ADH: Antidiuretisches Hormon

3. Dyspnoe:

- Seit wann haben sie die Luftnot?
- Hat die Atemnot plötzlich oder langsam begonnen?
- Gab es einen bestimmten Auslöser?
- Ist die Atemnot hustenabhängig (cough dependent)?
- Tritt die Atemnot nur bei Belastung oder auch in Ruhe auf?
(Belastungsdyspnoe)(exertional dyspnea)
- Wie Viele Stufen (treppen) können Sie steigen, ohne Luftnot zu bekommen?
- Müssen Sie beim Treppensteigen stehen bleiben und Pausen machen?
- Wie viele Kissen benutzen Sie zum Schlafen? (Orthopnoe)
- Könnten Sie flach liegen, ohne Luftnot zu bekommen?
(Orthopnoe)
- Werden Sie nachts wach wegen Atemnot? (paroxysmale nächtliche Dyspnoe).
- **Haben Sie Brustschmerzen ?**
- **Ist ihnen übel? Haben Sie erbrochen?**
- **Haben Sie kalten Schweiß bemerk?**
- **Haben Sie Blut gehustet?**
- **Haben Sie Wadenschmerzen? (Lungenembolie)**
- **Ist ihnen geschwollene Beine aufgefallen?**
- **Nehmen Sie Verhütungspillen ein?**
- **Hatten Sie in den letzten Stunden einen Unfall?**
- Hatten Sie in letzter Zeit einen Infekt der Atemwege?
- Haben Sie Fieber? Schüttelfrost? Nachtschweiß?
Schweißausbrüche?
- Haben Sie Husten?
- Reagieren Sie allergisch auf pollen, Tierhaare oder etwas anders?
- Haben Sie weitere Symptome wie Sodbrennen, Schluckbeschwerden,
Abgeschlagenheit(exhaustion), Gelenkschmerzen?
- Wird in Ihrer Umgebung geraucht?
- Leben Sie in der Stadt oder auf dem Land?
- Haben Sie noch weitere beschwerden?
- Haben Sie die gleichen Beschwerden früher gehabt?

Differenzialdiagnose = Anämie, Pumpversagen des Herzens, MI, Lungenembolie, Pneumothorax, Lungenentzündung, Asthma, COPD.. chronische obstruktive Lungenerkrankung, Gewichtszunahme, Schwangerschaft.

Schnappen أو تلفف / خطف / Luftschnappend (صفة) / يلهث (صفة) / zugrunde liegende Ursachen = underlying causes

Kardiologische Anamnese

1. Brustschmerzen:

** Seit wann Haben Sie die Brustschmerzen?

- **S:**
 - * Könnten Sie mir bitte sagen, wo die Schmerzen genau sind?
(Sagen Sie oder zeigen Sie mir, wo die Schmerzen Am stärksten sind?)
- **O:**
 - * Haben Sie die Schmerzen plötzlich oder langsam begonnen?
- **C:**
 - * Sind die Beschwerden dauerhaft da, odeer gehen sie auch wieder weg?
 - * Können Sie bitte mir die Schmerzen genauer beschreiben? Sind sie eher dumpf, stehend,drückend oder brennend?
 - * Wie lange dauert der Schmerzanfall?
 - * Haben Sie Engegefühl in der Brust?
- **R:**
 - * Strahlen die Schmerzen in andere Körperteile aus (wie in linken Arm in die Schulter in den Hals in den Unterkiefer)? //Perikarditis.. die Schmerzen strahlen auf die linke Brustseite, zum Oberbauch und vor allem in die Schulterblattregion aus.
- **A: (Differenzialdiagnose)**
 - Myokardinfarkt:**
 - * Ist Ihnen Übel? Haben Sie sich erbrochen?
 - * Haben Sie kalten Schweiß bemerkt?
 - * War Ihnen Ohnmächtig? (Ohnmacht أو غشيان / اغماء) / ohnmächtig مغى عليه
 - * Ist Ihnen schwindelig?
 - * Haben Sie Atemnot?

Perikarditis (Herzbeutelentzündung)

- * Gibt es Zusammenhang zwischen der Schmerzen und Hinlegen, Schlucken von Speisen, Husten, dem tiefen Atmen?
- * Haben Sie Krankheitsgefühl oder Abgeschlagenheit?
- * Haben Sie Fieber oder Nachtschweiß bemerkt?

Lungentzündung

- * Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost? Nachtschweiß, Schweißausbrüche?
- * Haben Sie Husten? Wenn Ja, haben Sie Auswurf bemerkt? Wenn ja, welche Farbe und Konsistenz hat der Auswurf?

Gasbrust (pneumothorax)

- * Sind die Schmerzen mit dem Atmen verbunden?
- * Ist Luftnot aufgetreten? (plötzlich)
- * Hatten Sie in den letzten Stunden einen Unfall?

Ohnmacht dauert nur für Sekunde ober Bebusstlosigkeit dauert ab einer Minute/ Beutel كيس / Herzbeutel=Pericardium / pericarditis begleitet von Fieber und beschleunigter Atmung.. acceletated /nachlassen هدا أو خفف أو تراخي / hervorrufen >> cause or induce

***Lungenembolie**

- * Haben sie plötzlich schwere Atemnot?
- * Haben Sie Blut gehustet?
- * Haben Sie Wadenschmerzen?
- * Ist ihnen geschwollene Beine aufgefallen?
- * Haben Sie bemerkt, dass Ihre Beine rötter als gewöhnlich sind?
- * Bewegen Sie sich täglich ausreichend?

***Lungenkrebs**

- * Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert? / haben Sie Appetitlosigkeit?
- * Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit deutlich verändert? Haben Sie ab oder zugenommen?
- * Über welchem Zeitraum haben Sie (Nummer) Kilogram ab- oder zugenommen? passen Ihnen Ihre alten Kleidung noch?
- * Haben Sie Fieber, Nachtschweiß, Krankheitsgefühl?

***GERD: (die Gastroösophageale Refluxkrankheit)**

- * Haben Sie Sodbrennen? (heartburn)
- * Haben Sie häufig saueres Aufstoßen?
- * Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?

***Stress (Belastung)**

- * Haben Sie Herzklopfen bemerkt? (auf deutsch Palpitationen) / Spüren Sie ihren Puls?
- * Zittern Ihre Hände durch die Schmerzen?

● **T:**

- *Wie Haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?
- *Wann treten die Schmerzen auf, Tagsüber oder in der Nacht?
- *Wann treten die Schmerzen auf, bei Belastung oder in Ruhe?
- *Gibt es Zusammenhang zwischen der Schmerzen und Hinlegen, Schluken von Speisen, Husten, tief Atmen?

● **E:**

- *Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- *Gibt es etwas das die Schmerzen lindert oder verstärkt?
- *Was haben Sie ausprobiert, um die Schmerzen zu lindern?
- *Haben Sie durch die Schmerzen Nitropräparat eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?
- *Haben Sie Säureblocker (Magenschutztabletten) eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?

● **S:**

- * Wie Stark sind die Schmerzen auf Skala von 1 bis 10, wenn 1 sehr leicht und 10 sehr stark ist?
- *Haben Sie wegen der Schmerzen vom Schlafen aufgewacht?

Benommenheit.. drowsiness / wenn Magensäure durch Speiseröhre zurückfließt (stomach acid, flow back) / Sodbrennen ist ein brennendes Gefühl, das vom Oberbauch oder aus der Region hinter dem Brustbein nach oben zum Hals strahlt./ einhergehen .. accompanied برافق / Herzschlag .. heartbeat / Beugen ... bend / Nitropräparat ... nitro preparation / acid blocker / _____

2. Beinschmerzen

Seit wann haben Sie Beinschmerzen?

S:

- Könnten Sie mir bitte sagen, wo die Schmerzen genau sind?
(Sagen Sie oder zeigen Sie mir, wo die Schmerzen Am stärksten sind?)
- Haben Sie ein oder beidseitige Schmerzen?

O:

- Haben Sie die Schmerzen plötzlich oder langsam begonnen?

C:

- Können Sie bitte mir die Schmerzen genauer beschreiben? Sind sie dumpf, stechend, pulsierend oder ziehend?
- Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen Sie auch wieder weg?

R:

- Strahlen die Schmerzen in eine Andere Körperteile aus?

A: (PaVk, Zellulitis – Entzündung des Zellgewebes-, TVT, Pumpversagen des Herzens, Unfall oder Zickenbiss)

- **PaVK: periphere arterielle Verschlusskrankheit** (auf E : peripheral arterial occlusive disease)

1. Wann treten diese Schmerzen auf? Bei Belastung oder in Ruhe?
2. Wie weit können Sie laufen, ohne dass die Schmerzen auftreten? (**Der Patient sagte, dass er ohne Schmerzen 200 m laufen könne.**)
3. Leiden Sie unter Taubheitsgefühl oder Kältegefühl in den Beinen?
4. Haben Sie Hautgeschwüre an den Beinen? Heilen diese schlecht ab? (skin ulcers)
5. Hat sich die Haut in diesem Bereich verändert?
6. Leiden Sie unter Muskelkrämpfen? (muscle cramps)

- **Zellulitis- Entzündung des Zellgewebes- / Entzündung des Unterhautgewebes**

- 1) Haben Sie Fieber?
- 2) Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall oder Zeckenbiss dabei?

Belastungsabhängige Beinschmerzen ist Claudicatio intermittens/ wie weit können Sie laufen, ohne die Schmerzen aufzutreten .. Gehstrecke
Bei Koliken sind die Schmerzen krampfartig مغص /

mehr als fünf Prozent Gewichtsverlust innerhalb eines Vierteljahres oder über zehn Prozent in sechs Monaten ist

abnormal / Durchblutungsstörungen .. auf E : circulatory disorders / Taubheitsgefühl .. auf E .. numbness

unter **Claudicatio intermittens** (der Umgangssprachliche Name **Schaufensterkrankheit**) werden belastungsabhängige

Schmerzen in den Beinen verstanden. Die Schmerzen entstehen wegen der Ischämie der Wadenmuskulatur und die

Symptomatik bessert sich üblicherweise(normalerweise) nach kurzer Gehpause

Symptomatik=Symptome.. auf E symptoms / stages auf E = Stadien(S. Stadium) / Geschwindigkeit= auf E speed السرعة /

Strecke = AUF E route or distance

Stadium I .. keine Symptome / St. II .. Claudikatio intermittens >>

Ila Gehstrecke > 150 m ... IIb **Gehstrecke** < 150 m / St. III Ruheschmerz / St. IV manifester Gewebeschaden ((

Nekrose(necrosis) , Ulkus(ulcer)))

Kribbeln=Taubheitsgefühl oder meilenlaufen auf der Haut تنمل

Der Biss عضمة / Zecke = tick / Zeckenbiss = tickbit / Unterhautgewebe= subcutaneous tissue / diese Infektion wird meist durch
Streptokokken oder Staphylokokken verursacht.

- **Tief venenthrombose (deep vein thrombosis)**

- 1) Ist das Bein überwärmt und geschwollen oder rötter als gewöhnlich?
- 2) Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
- 3) Haben Sie Brustschmerzen?
- 4) Hatten Sie plötzlich schwere Atemnot?
- 5) Ist Bluthusten aufgefallen?
- 6) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- 7) Haben Sie Appetitlosigkeit?
- 8) Haben Sie Herzrasen?

***Bei den Frauen:**

- 6) Waren Sie schon einmal schwanger?
- 7) ist es möglich, dass Sie Schwanger Sind?
- 8) gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft?
- 9) hatten Sie Fehlgeburt oder Schwangerschaftabbruch?

Miscarriage(natural) or abortion (termination of pregnancy medical or surgical) ... Das Antiphospholipid-Syndrom APS

- **Pumpversagen des Herzens (pumping failure of the heart) : systolische Herzinsuffizienz (Herzschwäche) ... beeinflusst beidseitige Beine**

- 1) Haben Sie Probleme Luft zu bekommen? Wenn ja, tritt die Atemnot in **Verbundung mit** Belastung oder auch in der Ruhe auf?
- 2) Wie viele Kissen benutzen Sie zum Schlafen? (Orthopnoe)
- 3) Könnten Sie flach liegen, ohne Luftnot zu bekommen? (Orthopnoe)
- 4) Werden Sie nachts wach wegen Atemnot? (paroxysmale nächtliche Dyspnoe).
- 5) Müssen Sie Nachts zum Wasserlassen aufstehen?
- 6) Müssen Sie häufig husten und haben dabei schaumigen Auswurf?
- 7) Haben Sie einen vermehrten Umfang an Bauch oder Beinen bemerkt?
- 8) Haben Sie Herzrasen? (einen schnellen Puls)
- 9) Haben Sie häufig kalte und bläuliche Verfärbung der Lippen und Finger?

- **Schilddrüsenunterfunktion:(hypothyreose)** (führt zu unspezifischen Muskel und Gliederschmerzen)

1. Hat sich ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie zugenommen?
2. Hat sich ihr Apetit in letzter Zeit verändert? (Sind herabgesenkt)
3. Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie Verstopfung?
4. Haben Sie schlechtes Vertragen der Kälte?
5. Leiden Sie unter Schlafstörungen?
6. Sind Ihnen Kältegefühl, Müdigkeit, trockene Haut aufgefallen?
7. Haben Sie Haarausfall bemerkt?

Thrombosis is local coagulation or clotting of the blood in part of circulatory system = bei einer Thrombose bildet sich ein Blutgerinnsel in einem Blutgefäß oder direkt im Herz . diese Blutpfropf behindert den Blutfluss

Thrombus=Blutgerinnsel=Blutpfropf >> blood clot / Blutfluss >> blood flow

Herzinsuffizienz=heart failure / Umfang = size or amount or circumference / schaumig= foamy / vermindern = reduce /

leistungsfähig=powerful قوي / sich verfärben لونه تغير / Ejektionsfraktion = ejection fraction (normal betw. 50-70)

Acute heart failure has a sudden onset and symptoms can appear without warning. In chronic heart failure, that difficulty is ongoing and long-term. Chronic heart failure Known as congestive heart failure / systolische und diastolische Herzinsuffizienz

T:

- 1) Wann treten die Schmerzen auf, Bei Belastung oder in der Ruhe?
- 2) Wann treten die Schmerzen auf, Tagsüber oder in der Nachts? (Tretten die Symptome zur bestimmten Tageszeit auf?)
- 3) Wie haben sich Ihre Beschwerden im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

E:

- 1) Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- 2) Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt?
- 3) Was haben Sie ausprobiert, um die Schmerzen zu lindern?
- 4) Haben Sie Schmerztabletten eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?

S:

- 1) Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 1 sehr leicht und 10 sehr stark ist?
- 2) Haben Sie wegen der Schmerzen vom Schlafen aufgewacht?

3. Herzklopfen > Palpitation & Herzrasen > Tachykardie

****Seit wann haben Sie die Beschwerden?**

S:-

O:

* Haben Sie das Klopfen langsam oder plötzlich begonnen?

C:

Ist das Klopfen dauerhaft da, oder geht's auch wieder weg?

Wie lange dauert so ein Anfall?

R:-

T:

- Wie haben sich die Beschwerden im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?
- Wann tritt das klopfen auf, Tagsüber oder in der Nacht?
- Wann tritt das klopfen auf, bei Belastung oder in Ruhe?

E:

- Gibt es bitemmte auslöser für das Klopfen?
- Gibt es etwas, das das Klopfen verstärkt oder lindert?

A: 4 Hauptsächlich symptome:

- Haben Sie Luftnot?
- Haben Sie Brustschmerzen?
- Ist Ihnen Schwindelig?
- Waren Sie Ohnmächtig? (Ohnmacht أو غشيان / ohnmächtig مغى عليه)

1) Phäochromozytom

- Sind Ihnen Kopfschmerzen, schweißausbrüche und Engegefühl in der Brust gleichzeitig mit dem Klopfen aufgetreten?

2) Schilddrüsenüberfunktion

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie abgenommen?
- Hat sich ihr Appetit in letzter Zeit verändert? (Gesteigerter Appetit)
- Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie Durchfall?
- Haben Sie schelchtes Vertragen der Hitze?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? Schlaflosigkeit (Insomnie)
- Haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass Sie Nervosität, Unruhe ?
- Zittern Ihre Hände?
- Sind Ihnen Schwitzen, Feuchtwarme Haut aufgefallen?
- Haben Sie Herzrasen bemerkt?
- Haben Sie Konzentrationsschwäche?
- Haben Sie Haarausfall bemerkt?

3) Stress

Müssen Sie Häufig Wasserlassen? / Zittern Ihre Hände?

4) Koronare Herzkrankheiten >>> MI // Pumpversagen des Herzens

Haben Sie geschwellene Beine? 

5) Wechseljahre/Menopause/Klimakterium

- Haben Sie Regelmäßige Monatsblutung / Menstruationszyklus/ Regelblutung?
- Welche Veränderungen haben Sie bemerkt? Nachtschweiß oder schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kältegefühl, Reizbarkeit, Nervosität, Neigeng zum Weinen, schlechte Laune, Lustlosigkeit, Depressive Verstimmungen, Schlaflosigkeit und Vergesslichkeit ?
- Welche weitere Beschwerden haben Sie festgestellt? Gewichtszunahme, Verstopfung, Kreuzschmerzen, Rücken und Gelenksbeschwerden, schmerzhafte Harnentleerung, Oberlippenhaare, Verminderte Lust auf Geschlechtsverkehr (Libidostörungen), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Austrocknung der Haut?

6) Essen und trinken und Drogen

- Haben Sie bemerkt, dass die Aufnahme von bestimmten Lebensmitteln zum Herzklopfen führt?
- Trinken Sie zu viel Kaffee?

der Katecholamine (insb. Adrenalin und Noradrenalin) produziert und unkontrolliert freisetzt. (freisetzen=release). Man unterscheidet dabei zwischen benignen und malignen Phäochromozytomen, / Hypertonie=Blutdruckkrise, Gesichtsblassheit, Kopfschmerzen, Tachykardie / primär und sekundär > primary and secondary / Katecholaminmetaboliten im Plasma und im Urin /// unzureichend = auf E insufficient /// Hitzewallungen = hot flushes // Als Hitzewallung bezeichnet man ein unangenehmes Wärmegefühl, das sich wellenartig über Brustbereich, Hals, Kopf und Oberarme ausbreitet / vorhersehbar, unvorhersehbar=predictable, unpredictable / weinen يبكي / Kreuzschmerzen= lower back pain / Kreuzbein= auf E sacrum

4. **Synkope (kurze Bewusstlosigkeit=Ohnmacht)**

O: wann ist die Bewusstlosigkeit aufgetreten?

C: wie lange waren Sie Bewusstlos?

A:

- Allgemeine Fragen:
 - 1) Hatten Sie einen Unfall vor der Bewusstlosigkeit?
 - 2) Gab es Warnsymptome (Übelkeit, Kopfschmerzen)?
 - 3) Können Sie sich erinnern, was genau vor dem Anfall passierte?

- ❖ **1- Hypoglykämie: (hypoglycemia)**
- Welche Symptome davon sind Ihnen aufgefallen?
 - 1) Blässe (blasse Gesichtsfarbe)
 - 2) Schwitzen
 - 3) Herzrasen
 - 4) Zittern
 - 5) Heißhunger = sehr starkes Hungergefühl
- Wann haben Sie zuletzt gegessen/getrunken? Was haben Sie gegessen/getrunken?
- Ist diese Symptomatik schon häufiger aufgetreten? Wenn ja, seit wann tritt die Symptomatik auf?
- Haben Sie Sehstörungen? Verschwommenes Sehen oder einen Teil des Umfelds, den Sie nicht sehen können.
- Müssen Sie häufig auf die Toilette gehen?

- ❖ **2- Vasovagale Attacke**
- 1) Hatten Sie Schmerzen vor dem Anfall?
- 2) Haben Sie in letzter Zeit ungewöhnlichen emotionalen Stress?

Das Bewusstsein=consciousness وعي/ Bewusstlosigkeit = unconsciousness / Bewusstlos = unconscious (adj.)/
Bewusstseinsverlust فقدان الوعي /Anfall=attack or seizure / **Was ist eine vasovagale Synkope?**

Die **vasovagale** Synkope wird durch einen plötzlichen und vorübergehenden Abfall des Blutdrucks und einen verlangsamten Puls verursacht. Grund dafür ist eine Überstimulation des Nervus vagus. Daher nennt man diese Form der Ohnmacht auch „**vasovagale**“ Synkope // Vasovagal syncope (vay-zoh-VAY-gul SING-kuh-pee) occurs when you faint because your body overreacts to certain triggers, such as the sight of blood or extreme emotional distress. It may also be called neurocardiogenic syncope.

The vasovagal syncope trigger causes your heart rate and blood pressure to drop suddenly.

❖ **3- MI**

- 1) Haben Sie Brustschmerzen...? Oder engegefühl in der Brust?
- 1) Ist ihnen Übel? Haben Sie erbrochen?
- 2) Haben Sie kalten Schweiß bemerkt?
- 3) Ist Ihnen schwindelig?
- 4) Haben Sie Atemnot?

❖ **4- Neurologische:**

- Ist die Bewusstlosigkeit mit Husten, Wasserlassen oder der Essenaufnahme verbunden?

❖ **5- Krampfanfall**

- Haben Sie verkrampft? (spasm.. epilepsy)

❖ **6- TIA (transitorische ischämische Attacke)**

- 1) Hatten Sie Lähmungen, Schwäche, Taubheitsgefühl oder Kribbeln an den Extremitäten?
- 2) Hatten Sie Sprachstörungen oder Gangunsicherheit?

❖ **7- Hitzschlag**

- 1) Hatten Sie Fieber?
- 2) Haben Sie vor dem Anfall lange unter der Sonne gestanden?

E: Gibt es bestimmte Auslöser für den Anfall?

Miktionssynkope..

Lähmungen=paralysis // Kribbeln ist eine Empfindungsstörung an der Körperoberfläche. Sie wird meist durch überaktive Nervenenden in der Haut vermittelt. Dies nennt man auch Parästhesie. Taubheitsgefühle dagegen werden mit kleinen Ausnahmen meist durch unteraktive Nerven verursacht.

Schwindel

Gastrologische Anamnese:

1. Bauchschmerzen:

- Könnten Sie bitte mir sagen, wo die schmerzen genau sind?
- (wo genau die schmerzen?) (Sagen Sie oder zeigen Sie mir, wo die Schmerzen Am stärksten sind?)
- Haben Sie die schmerzen langsam oder plötzlich begonnen?
- Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen Sie auch wieder weg?
- Könnten Sie bitte die Schmerzen genauer beschreiben, sind die Schmerzen eher dumpf, stechend, brennend, drückend, pulsierend, kolikartig?
- Strahlen die Schmerzen in andere körperteile aus?
- Wie haben sich die schmerzen im laufe der zeit verändert?
- Wann treten die Schmerzen auf, Tagsüber oder in der Nacht?
- Wann treten die Schmerzen auf, bei Belastung oder in Ruhe?
- *Sind Sie abhängig von äußeren Faktoren wie Ernährung, Stress, Essen, Wetter?*
- Sind die Schmerzen abhängig von der Atmung?
- Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- Gibt es etwas, dass die Schmerzen lindert oder verstärkt?
- Was haben Sie ausprobiert, um die Schmerzen zu lindern?
- Haben Sie Schmerztabletten eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?
- Haben Sie Magenschutztabletten eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?
- Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 1 sehr leicht und 10 sehr stark ist?
- Haben Sie nächtliche Schmerzen, von denen Sie wach werden?
- Haben Sie die gleiche Beschwerden früher gehabt?

• **Assoziierte Symptome**

Treten neben den Bauchschmerzen noch weitere Symptome auf?(z. B. Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Schluckbeschwerden(Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Schlucken), Durchfall, Verstopfung, Blähungen(flatulance,gas,انتفاخ)?)

- 1) Haben Sie in letzter Zeit häufiger Mundfäule bemerkt? (aphthous oral infection, stomatitis, mouth ulcer)
- 2) Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, Nachtschweiß oder Schweißausbrüche?
- 3) Fühlen Sie sich Müde oder abgeschlagen oder Geschwächt (exhausted)?
- 4) Haben Sie vermehrte Gelenkschmerzen? (increased)
- 5) Haben Sie Hautveränderung (Rotfärbung oder Geschwürbildung(ulceration)) bemerkt?
- 6) Haben Sie Augenerkrankungen wie Entzündungen festgestellt?

** schleim=mucus ** schleimhaut=mucus membrane ** abgeschlagen = exhausted

A:

Chronische entzündliche Darmerkrankung/ Kolonkarzinom (chronic inflammatory bowel diseases) (Morbus Crohn=crohn's disease) and (Colitis Ulcerosa=ulcerativ colitis)

- Durchfall:

- Hat sich Ihr Stuhlverhalten in letzter Zeit merklich verändert? Müssen Sie häufig auf die Toilette gehen?
- Wie oft pro Tag bzw. Pro Woche müssen Sie auf die Toilette gehen? Wann war das letzte Mal?
- Müssen Sie Nachts zum Stuhlgang aufstehen? (defaecation/bowel movement)
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
- Leiden Sie unter vermehrten Stuhldrang? (urges to defecate)
- **Haben Sie das Gefühl, dass die Stuhlentleerung nicht vollständig ist?** (tenesmus/bestimmte Subjektive Gefühl, den Stuhl entleeren zu müssen)
- Hat sich die Farbe des Stuhls verändert? (Schwarztee, Schwarz, weiß oder Blutig)
- Hat sich die Konsistenz des Stuhls verändert? (wässrig, schleimig, Flüssig oder dickflüssig)?

B:

• **Gastroenteritis oder Allergien(falls die Durchfall akut ist)**

- 1) Haben Sie beobachtet, dass die Aufnahme von speziellen Lebensmittel zuden Schmerzen führt?
 - 2) Haben Sie bemerkt, dass die Bauchschmerzen nach dem Essen von fetthaltigen lebensmitteln zugenommen haben?
 - 3) Haben Sie in den letzten Stunden etwas speziellen gegessen? Wie Pilze, Eier, Mayonnaise oder Hühnerfleisch?
 - 4) Sind Sie allergisch auf bestimmte Lebensmittel allergisch?
 - 5) Haben Sie Brustschmerzen? (familiäre mittelmeeer Fieber/FMF)
 - 6) Haben Sie gynäkologische Auffälligkeiten(abnormalities) (z. B. Dysmenorrhoe/Regelschmerzen; ausbleibende Regel)?
- Haben Sie noch weitere Symptome?
 - Haben Sie die gleiche Beschwerden früher gehabt?

Stillzeit=lactation *** Wechseljahre=menopause سن اليأس *** Pilzeفطره
Stuhlgang=bowel movement / Stuhlverhalten=stool behavior / Ausbleibend غائب

2. Verstopfung:

- Wie häufig haben Sie Stuhlgang pro Tag?
- Wie häufig gehen Sie auf die Toilette normalweise?
- Wann hatten Sie das letzte Mal Stuhlgang?
- Hat sich die Konsistenz Ihres Stuhls verändert? Hart, fest, weich_(soft), schleimig, dickflüssig_(viscous), flüssig, wässrig ?(Ist das Stuhl zu hart? Oder weich, aber nur selten?)
- Hat sich die Farbe Ihres Stuhls verändert? Haben Sie schwarzen, hellen oder blutigen Stuhl bemerkt? Normal=hellbraun bis dunkelbraun
- Riecht der Stuhl sehr unangenehm?
- War Blut im oder auf dem Stuhl?
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
- Haben Sie Bleistiftstühle bemerkt? (يعني رقيق جدا)
- Haben Sie das Gefühl, dass die Stuhlentleerung nicht vollständig ist?
- Leiden Sie zusätzlich unter Bauchschmerzen? Wenn ja, wie lange schon?
- Haben Sie Blähungen, erbrochen?
- Haben Sie ein Wechsel von Durchfall und Verstopfung bemerkt?
- Nehmen Sie Abführmittel, um regelmäßigen Stuhlgang zu haben?
- Nehmen Sie (opioide, Antazida, Antidepressiva, Diuretika) ein?
- Haben Sie schlechtes Vertragen der Kälte?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- Sind Ihnen Müdigkeit, trockene Haut, Haarausfall aufgefallen?
- Was essen Sie normalerweise?
- **Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten in letzter Zeit geändert?** Gewohnheit=habit
- Haben Sie noch weitere beschwerden?
- Haben Sie die gleichen Beschwerden früher gehabt?

3. Durchfall:

- Wann hat Ihr Durchfall begonnen?
- Wie häufig müssen Sie auf die Toilette gehen?
- Wie häufig gehen Sie auf die Toilette normalweise?
- Hat sich die Konsistenz Ihres Stuhls verändert? Hart, fest, weich, schleimig, dickflüssig, flüssig, wässrig ?
- Hat sich die Farbe Ihres Stuhls verändert? Haben Sie schwarzen, hellen oder blutigen Stuhl bemerkt?
- Riecht der Stuhl sehr unangenehm?
- Sind Auflagerungen_(deposits) wie Blut, Schleim oder Eiter erkennbar?
- War Blut im oder auf dem Stuhl?
- Hatten Sie Abgang von Schleim ohne Stuhl? (Abgang=auf englisch exit)
- Sind ihnen Fetttropfen oder Öl im Wasser aufgefallen? kleben يلتصق/گلایzen يلمع/
Fettstühlen=Steatorrhoe
- **Haben Sie unverdaute Nahrungsbestandteile im Stuhl bemerkt?** (verdauen هضم)

*Ursprungsort= site of origine / der Ursprung=origin أصل أو منشأ / hellrote=bright red

- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
- Ist die Stuhlentleerung explosionsartig? (kontraktionen des Darms werden stark)
- Liegt bei Ihnen eine Stuhlinkontinenz (Unfähigkeit, den Stuhl zurückzuhalten) vor?(vorliegen=present)/(zurückhalten استوقف أو استبقى أو منع أو احتفظ)
- Werden Sie nachts vom Stuhldrang geweckt? (wecken)
- Haben Sie zusätzlich Beschwerden wie Bauchschmerzen, Übelkeit/ Erbrechen oder Fieber/Nachtschweiß?
- Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen?

• **Ist der Durchfall vor Kurzem (< 7 Tage) und plötzlich aufgetreten? Wenn ja:**

- 1) Haben Sie in einem Restaurant gegessen? Ein neues, unbekanntes Gericht?
- 2) Haben andere mit Ihnen gegessen und wurden sie auch krank?
- 3) Haben Sie Medikamente eingenommen, vor allem Antibiotika?
- 4) Haben Sie Haustiere? Sind diese gesund?
- 5) Waren Sie im Ausland (nicht Österreich oder der Schweiz!)? Hat der Durchfall bereits dort begonnen?

Haben Sie den Durchfall schon lange? Wenn ja:

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie abgenommen?
- Hat sich ihr Appetit in letzter Zeit verändert? (Gesteigerter Appetit)
- Haben Sie schelchtes Vertragen der Hitze?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? Schlaflosigkeit(Insomnie)
- Haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass Sie Nervosität, Unruhe haben ?
- Zittern Ihre Hände?
- Sind Ihnen übermäßiges Schwitzen, Feuchtwarme Haut aufgefallen?
- Haben Sie Herzrasen bemerkt?
- Haben Sie Haarausfall bemerkt?
- Ist Ihnen eine Vergrößerung der Schilddrüse aufgefallen?
- Haben Sie über längere Zeit Abführmittel eingenommen?
- Hatten Sie je eine Bauchoperation oder Bestrahlung?(je من قبل أو في أي وقت)/irradiation
- Könnte es sein , dass der Durchfall abhängig von der Ernährung, Medikamente, Stress ist.
- Ändert sich die Symptomatik im Urlaub? (symptoms) (local Proplem)
- Haben Sie den durchfall nach dem Essen bemerkt?
- Haben Sie unverträglichkeit auf Gluten, Laktulose? (auf Deutsch=intoleranz)

Nervosität=nervousness *** Zittern=shake *** Herzrasen=heart racing **** Lebensgewohnheiten = lifestyle ***
äußeren Verhältnisse = external conditions

4. Schluckstörung: (dysphadie)

- Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
- Haben Sie diese Beschwerde plötzlich oder langsam begonnen?
- Sind die Beschwerden dauerhaft da, oder gehen sie auch weder weg?
- **Haben Sie Schluckbeschwerden bei fester Nahrung oder bei flüssiger Nahrung oder bei allen Nahrungsformen??**
- Wechsel sie von Mahlzeit zu Mahlzeit? (essen oder auf englisch meal)
- Vermeiden Sie bestimmte Nahrungsmittel und Nahrungsmittelkonsistenzen?
- Tritt Sie in allen Körperlagen oder nur in Liege auf? (body position / مضجع lie)
- Haben Sie ein Fremdkörpergefühl im Hals?
- Müssen Sie bei der Nahrungsaufnahme würgen? (auf englisch .. choke خنق)
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen? (chew)
- Haben Sie Schmerzen beim Schlucken? (Odynophagie)
- Verschlucken Sie sich häufig? (swallow)
- Leiden Sie zusätzlich unter Heiserkeit oder Schluckauf? (hoarseness) / (hiccup حازوق)
- Ist Ihnen ein giemendes Atemgeräusch aufgefallen?
- Leiden Sie unter Atemnot während des Essen?
- Haben Sie Husten oder Atemnot ?
- Leiden Sie unter Schmerzen im Brustkorb bzw. Bauchraum? (abdominal cavity)
- Haben Sie Mundgeruch, Übelkeit, Blähungen, Erbrechen, Kaffeesatzartiges Erbrechen, Sodbrennen (Saures Aufstoßen)?
- Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?
- Haben Sie Herzrasen, übermäßige Schwitzen ? (Hyperthyreose)
- Ist Ihnen eine Vergrößerungen der Schilddrüse aufgefallen?

5. Erbrechen:

- Seit wann haben Sie das Erbrechen?
- Wie oft haben Sie erbrochen?
- Wann tritt das Erbrechen auf, Morgens oder im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme?
- Wie sieht das Erbrochene aus? Gallig, schleimig, blutig?
- Hatten Sie Kaffeesatzartiges Erbrechen?
- **Haben Sie unverdaute Nahrungsbestandteile im Erbrochene bemerkt?**
- Riecht das Erbrechen sehr unangenehm?
- *Geht es Ihnen besser, als Sie sich erbrochen haben?* (sich erbrechen = vomit)
- Müssen Sie sauer aufstoßen?
- Haben Sie Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall, Verstopfung, Blähungen?
- Ist Ihnen Projektile Erbrechen aufgefallen?
- Haben Sie Kopfschmerzen, Fieber, Nackensteifigkeit? Stiffness
- Ist ihnen schmerzhaftes Lichtempfindlichkeit oder lichtscheu aufgefallen?

Das Geräusch=sound or noise / der Geruch = smell or odor / giemende und pfeifende Atemgeräusche = wheezing and whistling breathing sounds / Neigung ميل / übermäßig=excessive / Hyperthyreose und Hypothyreose = Schilddrüsenunterfunktion und überfunktion (Ungangssrrache) / gallig=bilious /

6. Gelbsucht (Ikterus): (Jaundice)

- Haben Sie die Beschwerde plötzlich oder langsam begonnen?
- An welchen Körperstellen ist Ihnen eine Gelbfärbung aufgefallen? (Haut/Augen)? (Körperstellen=body parts)
- Haben Sie bemerkt, dass Ihre Augen gelb geworden sind? Wenn ja, seit wann?
- Haben Sie Juckreiz bemerkt? (jucken=itch/يحك/juckend=itchy)
- Sind Ihnen Veränderung beim Wasserlassen oder Stuhlgang aufgefallen? Z.B Farbe, Menge, oder Frequenz

❖ Hepatitis

- 1) Haben Sie Fieber?
- 2) Haben Sie Bauchschmerzen?
- 3) Haben Sie Übelkeit oder Erbrechen?
- 4) Haben Sie in letzter Zeit allgemeines Krankgefühl bemerkt? (krankgefühl=sickness) / (krank gefühlt=feel sick)
- 5) Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
- 6) Haben Sie in letzter Zeit rohe Lebensmittel gegessen? (raw or uncooked)
- 7) Haben Sie vor Kurzem mit Menschen, die ähnlichen Symptome haben, in Kontakt aufgenommen?
- 8) Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall, in dem Sie Bluttransfusionen brauchten? (blood transfusion)

❖ Bauchspeicheldrüsenkrebs:

- 1) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?

❖ Hämolytische Anämie:

- 1) Haben Sie Luftnot? wenn ja, bei belastung oder in Ruhe? (Luftnot bei körperlicher anstrengung)
- 2) Haben Sie Rückenschmerzen?
- 3) Haben Sie in letzter Zeit etwa spezielles (Bete شمندر, Bohne فاصوليا) gegessen?
- 4) Haben Sie in letzter Zeit Infektionen durchgemacht?

Die Blässe=paleness/ Blutsenkungsgeschwindigkeit=ESR/ durchmachen=erleben=erfahren= auf Englisch undergo or experience قاسى أو عانى

Neurologische Anamnese:

1. Transitorische ischämische Attacke/ Schlaganfall

S:

Könnten Sie mir bitte sagen, wo Sie genau die Symptome hatten?

O:

-wie lange dauert so ein Anfall?

- Haben Sie die Symptome plötzlich oder langsam begonnen?

C:-

R:-

A:

- Haben Sie irgendwo Taubheitsgefühl, Kribbeln, Schwäche oder Lähmung?
- Hatten Sie Sehstörungen (Z.B einen Teil des Umfelds, den Sie nichtsehen können oder Flimmern vor den Augen)??
- Hatten Sie Hörstörungen? Was ich hier meine, Ohrenklingen, Ohrgeräusche oder Hörverlust?
- Hatten Sie in diesem Anfall eine Sprachstörungen? Z.B stockende, abgehackte Sprache, oder falsche Verwendung der Buchstabe? Oder gar nicht sprechen Können.
- Haben Sie Probleme beim Lesen oder Schreiben oder Rechnen?
- Hat sich Ihr Gang verändert? Z.B Gangunsicherheit
- Waren oder ist Ihnen Schwindelig? **Wenn ja, Können Sie mir beschreiben, was Sie sich gefühlt haben? Fühlen Sie sich, dass Sie ein Karussell fahren?**
- Ist Ihnen Übel? Haben Sie sich erbrochen?
- Hatten Sie Probleme, Luft zu bekommen?
- Hatten Sie einen Anfall? Und zwar Krampfanfall, der unwillkürliche ruckartige Bewegung ist ?// Haben Sie verkrampft?
- Hatten Sie in letzter Zeit tiefe Kopfschmerzen?
- Hatten Sie einen Unfall?

T:

- Wie hat sich Ihre Symptome im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?
- Wann treten die Symptome auf, Tagsüber oder in der Nachts?

E:

Gibt es etwas, dass die Symptome lindert oder verstärkt?

S:

Die Schwäche=weakness/ Lähmung=paralysis or immobilization/ Flimmern= tritt meist am Rand des Sichtfelds , bei dem sich kleine leuchtende Punkte vor dem Auge hin und her bewegen. / Tinnitus ist latin = Ohrgeräusche ist deutsche umgangssprache / stockend=sluggish متلعثم / abgehackte Sprache كلام متقطع = Dysarthrie / gar nicht sprechen können = Aphasie / Karussell /دوارة أو أرجوحة / Anfall= attack or seizure / unwillkürlich=involuntary / ruckartig bedeutet unregelmäßig und sprunghaft(متقلب) und plötzlich Bewegung / willkürlich = voluntary / Anfall .. attack, seizure , نوبة / Tinnitus ist der lateinische Begriff für Ohrensausen oder Ohrgeräusche oder Klingeln

2. Kopfschmerzen

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

S:

- Könnten Sie mir bitte Sagen, wo die Schmerzen genau sind?
- Haben Sie einseitige oder beidseitige Kopfschmerzen?

O:

- Haben Sie die Schmerzen plötzlich oder langsam begonnen?

C:

- Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen sie auch wieder weg?
- Könnten Sie bitte die Schmerzen genauer beschreiben? Sind sie eher pochend, dumpf, stechend oder drückend ?

R:

- Strahlen die Schmerzen in andere Körperteile aus?

A:

1) Hirnhautentzündung

- Sind Ihnen Nackensteifigkeit, Lichtscheu, Lärmscheu oder Fieber aufgefallen? (schmerzhafte Lichtempfindlichkeit)
- Haben Sie Rückenschmerzen?
- Haben Sie in letzter Zeit mit Menschen, die ähnlichen Symptome haben, in Kontakt aufgenommen?

2) Migräne oder Masse

- Haben Sie irgendwo Taubheitsgefühl, Kribbeln, Schwäche oder Lähmung?
- Haben Sie dabei halbseitige Sehstörungen (Z.B einen Teil des Umfelds, den Sie nicht sehen können oder Flimmern vor den Augen)?
- Haben Sie Hörstörungen? (Ohrenklingen, Ohrgeräusche oder Hörverlust)
- Haben Sie Sprachstörungen? Z.B stockende, abgehackte Sprache, oder falsche verwendung der Buschtabe? Oder gar nicht sprechen Können
- Hat sich Ihr Gang in letzter Zeit verändert? Z.B Gangunsicherheit?
- Haben Sie verkrampft?
- Waren Sie oder ist ihnen schwindelig?
- Ist Ihnen Übel? Haben Sie sich erbrochen?
- Haben Sie Durchfall?
- Treten während der Kopfschmerzen Sehstörungen oder neurologische Störungen wie Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen auf?
- Leuchten bei Ihnen eine bläue-Gelb Lichtblitze (wie ein Feuerwerk), wenn Sie Ihre Augen Schließen?
- Haben Sie Bemerkt, dass ein Teil Ihres Gesicht röter als gewöhnlich ist?

Pochend=throbbing / abklingen=subside هبدأ أو تراجع / clusterkopfschmerz + Migräne + Spannungskopfschmerz sind die häufigste Typen der Kopfschmerzen /

3) Clusterkopfschmerzen

- Haben Sie Augenrötung oder Augentränen?
- Haben Sie Verstopfte oder laufende Nase?
- Haben Sie vermehrte Schwitzen im Bereich von Stirn und Gesicht?
- Haben Sie Schwellung Ihrer Augenlider bemerkt?

Gehört zu Gruppe der trigemino autonomen Kopfschmerzerkrankungen ... Cluster KS .. Häufig nachts / stärkste und streng einseitige Kopfschmerzattacken / autonome Szmtptome wie konjunktivale Injektion, Tränenfluss und Miosis(verengung der Pupille)

4) Idiopathische intrakranielle Hypertension : bezeichnet eine sekundäre Kopfschmerzen erkrankung mit intrakranieller Liquodruckerhöhung ohne nachweis einer Organischen Ursachen

- Ist Ihnen Schwindelig?
- Haben Sie Sehstörungen wie verschwommenes Sehen? (wegen Papillenödem)

5) Erkältung oder Grippe

- Sind Sie erkältet?
- Haben Sie Husten?
- Haben Sie Halsschmerzen?
- Haben Sie Heiserkeit?
- Niesen oder laufende Nase?

6) Flüssigkeitsmangel:

-wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?

7) Schlafmangel:

- Schlafen Sie gut?
- Haben Sie Konzentrationsschwäche?

8) Zahnkaries

-Haben Sie Zahnschmerzen?

9) Phäochromozytom:

- Haben Sie Herzklopfen, Schweißausbrüche und engegefühl in der Brust gleichzeitig mit der Kopfschmerzen bemerkt?

10) Unfall

Hatten Sie einen Unfall?

11) Hypophysenadenom: (pituitary adenoma) : Symptome von Masse

Sexuelle Gesundheit ist für unser Wohlbefinden sehr wichtig, deswegen frage ich meine Patienten immer danach, **wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen ein paar Fragen stellen:**

- Haben Sie Libidoverlust?
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr?
- Für Männer: Haben Sie Probleme zur Erektion zu kommen?

Hirnhaut (Hirnhäute)=meninges/Hirnhautentzündung .. Meningitis/(Rückenmark=spinal cord)/Feuerwerk ناربة/ألعاب/Schläfe=temple العين والأذن و العين/
die Hypophyse .. hypophysis or pituitary gland // Wirbelsäule .. vertebral colum //

T:

- Wie haben sich die Schmerzen im Laufe der Zeit verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?
- Wie lange dauern die Kopfschmerzen an und wie oft treten sie am Tag auf?
- Wann treten die Schmerzen auf, Tagsüber oder in der Nacht?
- Wann treten die Schmerzen auf, bei Belastung oder in Ruhe?
- Sind die Schmerzen im Zusammenhang mit Stress, Husten, Ernährung, Genussmittelkonsum wie Alkohol, Kaffee, oder Ruchen verbunden?

Ernährung (Kase ,Schokolade ,Hunger, Nahrungskarenz) الوجبات السريعة
Genussmittelkonsum(Alkohol, Kaffee, Tabak & Rauchen)
Psycho-soziale Situation(Angst, Stress)
Anderung der Schlafgewohnheiten (bzw. Wechsel des Schlaf-Wachrhythmus) sowie Schlafmangel

E:

- Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt?
- Haben Sie Schmerztabletten eingenommen? Hat das Ihnen geholfen?

S:

- Wie stark sind die Schmerzen von Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr leichten und 10 sehr starken Schmerzen entspricht?
- Haben Sie wegen der Schmerzen vom Schlafen aufgewacht?

Wohlbefinden=well-being / Reizdarmsyndrom / Genussmittel=stimulants

3. Epilepsie: Fallsucht

- Wann ist der Anfall aufgetreten?
- Wie häufig traten die Anfälle bisher auf?
- Wann kam es zum ersten Mal zu einem Anfall oder den besonderen Ereignissen? (**mehr als 1**)
- Sind Ihnen die Krampfanfälle bekannt?
- Wann tritt der Anfall auf? Morgens, Mittags, Abends oder Nachts
- War Irgendjemand mit Ihnen?

Vor dem Anfall:

- 1) Womit waren Sie sich vor dem Anfall beschäftigt?
- 2) Können Sie sich erinnern, was direkt vor dem Anfall passiert ist?
- 3) Haben Sie vor dem Anfall Taubheitsgefühl, Schwäche, Lähmung Sehstörungen, Hörstörung wie Ohrensausen, Kopfschmerzen bemerkt?
- 4) Hatten Sie einen Unfall vor dem Ereignis?
- 5) Gab es mögliche Auslöser für den Anfall? (Schlafmangel, Alkoholentzug, andere Krankheiten, ungewöhnliche Stress oder sonstige Besonderheiten) ?
- 6) Hatten Sie Fieber ?
- 7) Haben Sie aktuell einen Infekt?
- 8) Gab es Fieberkrämpfe im Kindesalter?

Während des Anfalls:

- 1) Könnten Sie bitte den Anfall genau beschreiben? (Anfallbeginn, Anfallsverlauf, Anfallsdauer)
- 2) Können Sie sich an Alles erinnern?
- 3) Sind Sie dabei auf dem Kopf gestürzt?
- 4) Sind die Verkrampfungen nur an einer Extremität? Oder am gesamten Körper? Wie Lange dauerte diese an?
- 5) Haben Sie sich auf die Zunge oder innere Wangen gebissen?
- 6) Haben Sie währenddessen unwillkürlich wasser gelassen oder Stuhlabgang bemerkt?
- 7) Kommt es gleichzeitig mit dem Anfall zur Sprachstörungen, kognitiven oder affektiven Störungen?
- 8) Haben Sie das Bewusstsein verloren?
- 9) Leiden Sie dabei unter Schweißausbrüche oder Schüttelfrost?

Nach dem Anfall:

- 1) Was haben Sie nach dem Anfall gemacht?
- 2) Haben Sie Ihr Bewusstsein verloren? Oder war Ihnen Schwindelig?
- 3) Gab es Beschwerden direkt nach dem Anfall? (Harndrang, Stuhldrang, Kopfschmerzen, Lähmung, Sprachstörungen, Übelkeit, Erbrechen oder Verwirrtheit)?

Zurzeit:

- 1) Haben Sie zurzeit Schwäche in den Armen oder Beinen?
- 2) Merken Sie zurzeit Sprachstörungen oder Gangstörungen?

Entzug=withdrawal / stürzen=fall / Verkrampfung=spasmodic state or spasm / Muskelzuckung=muscle twitch / zeitgleich=synchronous or with the same time / Harndrang=urge to urinate / Verwirrtheit=confusion / Trauer حُزن / Affektive Störungen sind **psychische Gesundheitsstörungen, bei denen emotionale Störungen in Form übermäßiger Trauer (Depression) oder Hochstimmung (Manie) über lange Zeit bestehen bleiben** / Gänsehaut=شعر الجسم لما يوقف / Ohrensausen (Tinnitus طنين الاذن)

4. Lumbale Rückenschmerzen

- **Seit wann Haben Sie die Schmerzen?// Wie lange haben Sie schon Rückenschmerzen?**

S:

- Könnten Sie mir bitte Sagen, wo die Schmerzen genau sind?
- Können Sie mir sagen, wo die Schmerzen am stärksten sind?

O :

- Haben Sie die Schmerzen plötzlich oder langsam begonnen?

C:

- Sind die Schmerzen dauerhaft da oder gehen sie wieder weg?
- Können Sie bitte mir die Schmerzen genauer beschreiben? Sind sie eher dumpf, stechend, drückend oder brennend?

R:

- Strahlen die Schmerzen (an eine / in) andere Körperteile aus?

A:

1) Bandscheibenvorfall (disc prolapse)

- 1) Haben Sie eine Fehlbewegung gemacht?
- 2) Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall?
- 3) Sind Ihre Schmerzen belastungsabhängig oder belastungsunabhängig(Ruhschmerz)?
- 4) Sind ihnen Taubeitsgefühl oder Kribbeln aufgefallen?
- 5) Haben Sie Schwäche oder Bewegungseinschränkung an ihrer Extremitäten bemerkt?
- 6) Haben Sie Blasen oder Mastdarmstörungen? Was ich meine, unkontrollierter Urinabgang oder Stuhlabgang

2) Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung)

- A) Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost ... ?
- B) Haben Sie Ein Krankheitsgefühl?
- C) Haben Sie Appetitlosigkeit?
- D) Ist Ihnen eine Verletzung der betroffenen Region erinnerlich?

Wirbelkörper = vertebral body / Rückenmark = spinal cord / Wirbelsäule = spinal column or spine / Bandscheibe = intervertebral disc / ** wie lange dauerte jeder Anfall von Schmerzen ? / Unter lumbalem Rückenschmerz werden Schmerzen und Beschwerden verstanden, die im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutealfalten reichen mit oder ohne Ausstrahlung in die Beine / Kreuzschmerzen=lowerback pain / Lähmungserscheinungen = signs of paralysis

3) Osteoporose: (primäre oder sekundäre Osteoporose) = auf E .. osteoporosis

- A) Sind die Schmerzen nach einem leichten oder starken Sturz aufgetreten?
- B) Essen Sie ausreichend Lebensmittel, die Calcium und Phosphat enthalten? (Milch, Milchprodukte, Spinat)
- C) Nehmen Sie Vitamin D Supplemente ein?
- D) Bewegen Sie sich ausreichend?
- E) Hatten Sie schon einmal einen Knochenbruch?

Sturz= fall or سقوط / Spinat سبانخ / Knochenbruch, Knochenbrüche

4) Ankylosierende Spondylitis = Morbus Bechterew (Seronegative Spondylarthropathie)

- A) Leiden Sie unter Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule?
- B) Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Wirbelsäule, die sich durch Bewegung bessert?
- C) Leiden Sie unter Nackenschmerzen bzw. -steifigkeit?
- D) Haben Sie Gelenkbeschwerden wie Gelenkschmerzen?
- E) Sind Ihnen Augenbeschwerden aufgefallen?
- F) Bestehen zusätzliche Veränderungen wie Fieber, Müdigkeit oder Hautveränderungen?
- G) Hat sich Ihr Gewicht verändert?

AS betrifft die Gelenke der Wirbelsäule und die Augen und Blutgefäße / Facettengelenke und Iliosakralgelenke werden beeinflusst / vordere Uveitis (meist ist Entzündung der Iris (Regenbogenhaut) wieso Ziliarkörper Entzündung, die Zyklitis heißt.) / Achillessehne Entzündung / Auf E >> Seronegative spondyloarthropathies are a family of joint disorders that classically include ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), inflammatory bowel disease (IBD) associated arthritis, reactive arthritis (formerly Reiter syndrome; ReA), and undifferentiated SpA / AS beeinflusst Augen und Blutgefäße / AS associated with major histocompatibility complex (MHC) which is a cell surface protein (zell oberflächenprotein) / Muskelkater bezeichnet den Schmerz, der nach starker und ungewohnter körperlicher Belastung auftritt = auf E .. aching /

5) Metastasen vom Gehirn oder Lungen:

- 1) Haben Sie sich erbrochen?
- 2) Haben Sie verkrampft?
- 3) Haben Sie in letzter Zeit Gangunsicherheit?
- 4) Ist Ihnen Kopfschmerzen aufgefallen?
- 5) Haben Sie Probleme Luft zu bekommen?
- 6) Haben Sie Husten?
- 7) Haben Sie Appetitlosigkeit?
- 8) Hat sich Ihr Gewicht merklich verändert?
- 9) Haben Sie Fieber oder Nachtschweiß?

6) Prostatakarzinom: (Prostatakrebs)

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie abgenommen?
- Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert? Ist Ihnen Appetitlosigkeit aufgefallen?
- Haben Sie Nachtschweiß bemerkt?
- Leiden Sie unter allgemeines Krankheitsgefühl?
- **Irritative Symptome:**
 - A) Müssen Sie häufig wasserlassen?
 - B) Haben Sie Probleme Wasser zu halten? Oder müssen Sie sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren?
 - C) Haben Sie schmerzhafte Harnentleerung?
 - D) Hat sich die Farbe Ihres Urin verändert? Dunkelgelb oder Blutig?
- **Obstruktive Symptome:** (das heißt, die Harnröhre ist verengt)
 - A) Haben Sie abgeschwächter Harnstrahl bemerkt?
 - B) Haben Sie Startverzögerung der Harnentleerung? (der Urin beginnt nur zögerlich zu fließen und man muss pressen)
 - C) Haben Sie Tropfen nach dem Wasserlassen bemerkt?
 - D) Haben Sie Unterbrechung des Harnstrahls bemerkt?
 - E) Haben Sie Probleme zur Erektion zu kommen?

Vorsteherdrüse = auf D Prostata = auf E prostat gland / Übergewicht und C-Peptid Blutspiegel sind Risikofaktoren für Prostatakarzinom / abschwächen=weaken / abgeschwächt = weakened / Harnstrahl= urine stream / Verzögerung = delaying /

T:

- Wie haben sich die Schmerzen im Verlauf verändert, haben Sie sich verbessert oder verschlechtert ?
- Wann treten die Schmerzen auf, bei Belastung oder in Ruhe?
- Treten die Schmerzen zur bestimmten Tageszeiten auf?

E:

- Gibt bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt?
- Sind die Schmerzen abhängig davon ob Sie, gehen, stehen, setzen oder liegen?
- Bei welchen Tätigkeiten/Bewegungen kommt es zu Verbesserung/ Verschlechterung?

S:

- Wie stark sind Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr leicht und 10 sehr stark Schmerzen ist?
- Haben Sie nachts wegen der Schmerzen vom Schlafen aufgewacht?

Unfall

Verkehrsunfall

Zuerst:

Können Sie Ihre Schmerzen ertragen, oder soll ich Ihnen ein Schmerzmittel geben? Haben Sie Allergie gegen irgendwelchem Schmerzmittel.

S:

Wo hatten Sie den Unfall?

O:

Wann Hatten Sie den Unfall?

C:

- 1) Können Sie bitte mir sagen, was genau passiert ist?
- 2) Haben Sie damals einen Schutzhelm getragen (Fahrradunfall)?
/ Haben Sie Sicherheitsgurt beim Autounfall angelegt?
- 3) Wie Hoch war Ihre Geschwindigkeit?

❖ **Im Autounfall:**

- A) Waren Sie der Fahrer oder Beifahrer?
- B) Waren Sie allein?

Vor dem Unfall:

- 1) Können Sie sich erinnern, was direkt vor dem Unfall passiert ist?
- 2) Haben Sie vor dem Unfall Alkohol getrunken?
- 3) Haben Sie vor dem Unfall Warnsymptome oder etwas ungewöhnliches bemerkt? z. B. Schwarz vor dem Augen oder Schwindel

1. Hypoglykämie:

Sind Ihnen Blässe, Schwitzen, Herzrasen, Zittern oder Heißhunger aufgefallen?

2. MI oder vasovagale Attacke

Hatten Sie Brustschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen oder Kalten Schweiß?

3. Sehstörungen:

leiden Sie Unter Sie Sehstörungen? wie kurzsichtigkeit oder verschwommenes Sehen

4. TIA:

Haben Sie irgendwo Taubheitsgefühl, kribbeln, Schwäche, Lähmung, Sprachstörungen oder Gangunsicherheit?

5. Krampfanfall

Haben Sie verkrampft?

Unfall:

- 1) Im Fahrradunfall:
Wie sind Sie aufgekommen, auf welche Körperteile sind Sie aufgekommen?
- 2) Im Autounfall:
Welche Körperteile wurden beim Unfall gestoßen?
Was ist mit den anderen Fahrgäste passiert?

Nachdem Unfall:

Allgemein:

- 1) Haben Sie das Bewusstsein verloren? Wie lange war Ihnen Ohnmächtig?
- 2) Haben Sie kopfverletzungen oder andere Verletzungen?
- 3) Haben Sie geblutet? Woher? Kleine, normale oder große Menge?
- 4) Haben sie Quetschung, Prellung oder blutende Wunde bemerkt?
- 5) Sind Ihnen Schmerzen, Schwellung oder Blutspuren irgendwo in Ihrer Körper aufgefallen?

ZNS:

- 1) Haben Sie irgendwo Taubheitsgefühl, Kribbeln, Schwäche oder Lähmung?
- 2) Haben Sie Sehstörungen, Sprachstörungen?
- 3) Ist ihnen schwindelig?
- 4) Haben Sie sich erbrochen?
- 5) Haben Sie verkrampft?
- 1) Haben Sie Kopfschmerzen?

Atemsystem und Kreislauf:

- 1) Ist Luftnot aufgetreten?
- 2) Haben Sie Husten?
- 3) Haben Sie blutgehustet?

Harn:

- 1) Sind Sie nach dem Unfall auf die Toilette gegangen? Hat sich die Farbe ihres Urins verändert? Z. B. blutig

Bauch:

- 1) Haben Sie Bauchschmerzen?
- 2) Sind Ihnen Hautveränderung des Bauchs aufgefallen?

Knochen

- 1) Haben Sie Knochenschmerzen?
- 2) Haben Sie Gefühlsstörungen an den Extremitäten?
- 3) Gibt es Bewegungseinschränkungen?

Haben Sie noch irgendwelche Beschwerden?

Wann wurde bei Ihnen die Wundstarkkrampf Impfung zum letzten Mal aufgefrischt.

Quetschung: contusion رضة ** Bei Quetschungen wird das Gewebe zerstört ** Prellung كدمة ** Sehnenriss تمزق الوتر **
Schulterprellung كدمة في الكتف

Treppensturzereignis

Können Sie Ihre Schmerzen ertragen, oder soll ich Ihnen ein Schmerzmittel geben? Haben Sie Allergie gegen irgendwelchem Schmerzmittel.

S: Wo sind Sie gestürzt?

O: Wann sind Sie gestürzt? Seit wann genau sind Sie gestürzt ?

C: Wie sind Sie gestürzt?

Vor dem Unfall:

- 1) Womit waren Sie sich beschäftigt, wenn Sie gestürzt sind?
- 2) Können Sie sich erinnern, was direkt vor dem Unfall passiert ist?
- 3) Haben Sie vor dem Unfall Warnsymptome oder etwas ungewöhnliches bemerkt? z. B. Schwarz vor dem Augen oder Schwindel
 - 1) Hypoglykämie:
Sind Ihnen Blässe, Schwitzen, Herzrasen, Zittern oder Heißhunger aufgefallen?
 - 2) MI oder vasovagale Attacke
Hatten Sie Brustschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen oder Kalten Schweiß?
 - 3) Sehstörungen:
leiden Sie unter Sie Sehstörungen? wie kurzsichtigkeit oder verschwommenes Sehen
 - 4) TIA:
Haben Sie irgendwo Taubheitsgefühl, kribbeln, Schwäche, Lähmung, Sprachstörungen oder Gangunsicherheit?
 - 5) Krampfanfall
Haben Sie verkrampft?

Unfall:

- 1) Aus welcher Stufe sind Sie gestürzt?
- 2) Auf welche Körperteile sind Sie gestürzt?

Nachdem Unfall:

- 1) Haben Sie Ihr Bewusstsein verloren?
- 2) Haben Sie kopfverletzungen oder andere Verletzungen?
- 3) Haben Sie geblutet? Kleine, normale oder große Menge?
- 2) Leiden Sie unter Taubheitsgefühl, Schwäche oder Lähmung?
- 3) Haben Sie Kopfschmerzen oder Sehstörungen?
- 4) Ist Ihnen Schwindelig?
- 5) Ist Luftnot aufgetreten?
- 6) Haben Sie Brustschmerzen?
- 7) Sind Sie auf die Toilette gegangen? Hat sich die Farbe ihres Urins verändert?
- 8) Haben Sie irgendwo Bewegungseinschränkung?
- 9) Haben sie noch irgendwelche beschwerden?

T:

Wie häufig sind Sie gestürzt? Haben Sie dabei schon einmal verletzt?

Der Sturz.. fall سقوط أو تدهور ... stürzen – stürzte – gestürzt تدهور أو سقوط ** der EREIGNIS حدث ** Gleichgewichtsstörungen التوازن اضطرابات ..

Karzinom

Lymphknotenvergrößerungen.

S:

- 1) Ist einer oder sind mehrere Lymphknoten geschwollen?
- 2) Wo befindet sich die Schwellung?

O:

- 1) Wann haben Sie die Schwellung erstmals bemerkt? Wie?
- 2) Haben die geschwollenen Lymphknoten langsam oder plötzlich angeschwollen?

C:

- 1) Sind sie schmerzhaft oder schmerzlos?
- 2) Sind die Vergrößerungen dauerhaft da oder gehen sie wieder weg?
- 3) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen?

A:

- ❖ Lymphom/Leukämie
- B-Symptome:
 - 1) Haben Sie Fieber?
 - 2) Haben Sie Nachtschweiß?
 - 3) Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen? Wie viel Kilogramm und über welchem Zeitraum?
 - 4) Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
 - 5) Fühlen Sie sich abgeschlagen oder müde?
 - 6) Haben Sie Juckreiz? Wo?
 - 7) Sind ihnen Knochenschmerzen aufgefallen?
 - 8) Sind ihnen Vergrößerungen Der Lymphknoten aufgefallen?
- Symptome der Leukämie und Lymphoma (Anämie, Thrombozytopenie und Neutropenie).
 - 1) Ist Ihnen Blutungsneigung aufgefallen?
 - 2) Bekommen Sie schnell blaue Flecke?
 - 3) Leiden Sie häufig unter Infektionen?
 - 4) Ist Luftnot aufgetreten? bei Belastung oder in Ruhe? Haben Sie verschwommenes Sehen? Ist Ihnen Hautblässe aufgefallen?

- Seit wann haben Sie Fieber?
- Haben Sie es gemessen?
- Haben Sie es Oral/ Rektal/ aurikulär(auricular)/ oder axillär gemessen?
- Wie hoch war es?
- verläuft es gleichmäßig oder wellenförmig?

anschwellen = swell ** انتفخ أو تورم

- **Risikofaktoren:**

❖ **Strahlung**

Wurden Sie schon einmal Strahlung ausgesetzt?

❖ **Infektion:**

- 1) Haben Sie Mandelentzündung? Oder Halsschmerzen?
- 2) Haben Sie Husten?

❖ **Tochtergeschwülste:**

- Von der Brust:

Tritt Flüssigkeit aus Ihrer Brust aus? Welche Farbe hat die Flüssigkeit?
Einseitig oder beidseitig.

- Von der Schilddrüsen:

- Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie Verstopfung?
- Haben Sie schlechtes Vertragen der Kälte?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- Fühlen Sie sich müde?
- Ist ihnen trockene Haut aufgefallen?
- Haben Sie Haarausfall bemerkt?
- Ist Ihnen eine Vergrößerung der Schilddrüse aufgefallen?

- Von der Ösophagus:

Haben Sie Schluckbeschwerden?

❖ **Sexuelle Gesundheit:**

Sexuelle Gesundheit ist für unser Wohlbefinden sehr wichtig, deswegen frage ich meine Patientin immer danach, **wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen ein paar Fragen stellen:**

- 1) Sind Sie schon sexuell Aktiv?
- 2) Sind Ihre Sexuellpartner Männer, Frauen oder beides?
- 3) Haben Sie risikoreiches Verhalten bezüglich HIV oder andere Sexuelle übertragbare Infektionen? z.B Drogenmissbrauch, häufig Partnerwechsel, risikoreiche Partner, andere sexuelle übertragbare Infektion.
- 4) Haben Sie auf HIV oder andere sexuelle übertragbare Infektion testen lassen?

T:

Wie hat sich die Schwellung im Verlauf verändert? Hat sie sich verbessert oder verschlechtert?

Infektion

1. Borreliose

S: Wo haben Sie die Rötung bemerkt?

O: Wann haben Sie die Rötung bemerkt? Wie?

C: Ist die Rötung Juckend? Brennend?

R: Ist die Rötung vom Ausgangsort an einen anderen Ort gewandert?

A:

- 1) Haben Sie Fieber? Wie hoch war es ?
- 2) Sind Ihnen Kopfschmerzen, Muskel oder Gelenkschmerzen aufgefallen?
- 3) ist Ihnen eine Lymphknotenvergrößerung aufgefallen?
- 4) Haben Sie Lähmungserscheinungen oder Sensibilitätstörung bemerkt?
- 5) Leiden Sie unter Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörung oder Schlafstörung?
- 6) Haben Sie einen Zickenbiss bemerkt?
- 7) Sind Ihnen andere Hautveränderungen aufgefallen?
- 8) Sind Sie in Ihrem Beruf oder in Ihrer Freizeit häufig in Waldgebieten unterwegs?
- 9) Haben Sie in letzter Zeit Infektionen durchgemacht?

T:

- 1) Wie hat sich Ihre Beschwerden im Verlauf verändert? Haben Sie sich verbessert oder verschlechtert?

Erythema migrans versus bite reaction	
Image: erythema migrans	Image: bite reaction
	
Features: <ul style="list-style-type: none">• Usually NOT itchy, hot or painful.• Flat, red macule or papule at bite site.• May appear from 3 days to 30 days after tick bite and lasts for several weeks	Features: <ul style="list-style-type: none">• Usually hot, itchy and painful• Often raised papule, central punctum.• Usually develops and recedes within 48hrs

Die Lyme-Borreliose wird durch Bakterien aus dem Borrelia-burgdorferi-Komplex hervorgerufen, die durch Zecken auf den Menschen übertragen werden. Die Infektion äußert sich meistens als **Erythem**, das sich von der Einstichstelle ausgehend vergrößert. Wird dieser Lokalbefund nicht antibiotisch behandelt, ist eine disseminierte Erkrankung möglich. Diese kann sich als **Lyme-Neuroborreliose** (meist als Bannwarth-Syndrom mit radikulären Schmerzen und Paresen), als **Lyme-Karditis** mit Herzrhythmusstörungen, als **Lyme-Arthritis** der großen Gelenke oder als Acrodermatitis chronica atrophicans äußern. Daneben sind klinisch inapparente Verläufe und systemische Manifestationen ohne vorheriges **Erythema migrans** möglich.

Während das Erythema migrans eine Blickdiagnose ist, werden andere Verlaufsformen bei klinischem Verdacht über den Nachweis borrelienspezifischer **Antikörper im Serum und bei Neuroborreliose auch im Liquor cerebrospinalis diagnostiziert**. Jede Lyme-Borreliose wird antibiotisch behandelt, etwa mit **Doxycyclin oder Ceftriaxon**. Die Prognose ist in der Regel gut. Wesentlich für die Prävention der Erkrankung ist die Vermeidung von Zeckenstichen sowie die schnelle Entfernung von Zecken nach erfolgtem Stich. **Eine Impfung existiert nicht.**

*** **Lähmungserscheinungen** : Betroffene spüren in Beinen, Füßen, Armen oder Händen ein Kribbeln, ein Brennen oder Taubheitsgefühle

2. Infektiöse Mononukleose (Pfeiffer- Drüsenfieber)

O:

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Haben Sie die Beschwerden plötzlich oder langsam begonnen?

C:

Können Sie bitte die Schmerzen beschreiben? Sind sie eher dumpf, stechend oder brennend?

Sind die Beschwerden dauerhaft da, oder gehen Sie auch wieder weg?

R:

strahlen die Schmerzen in eine andere Körperteile aus?

A:

- Haben Sie Fieber oder Nachtschweiß? Wie hoch war es?
 - ist ihnen irgendwo vergrößerung der Lymphknoten aufgefallen?
 - Haben Sie Hautausschlag (papeln) ,der vor allem an den Armen und am Körperstamm auftritt? (Exanthema)
 - Haben Sie Ausschläge, die vor allem im Bereich der Schlimhäute auftreten?
 - Fühlen Sie sich müde oder abgeschlagen?
 - Haben Sie Kopfschmerzen? (Petechiales Enanthen)
 - Haben Sie Halsschmerzen?
 - Riecht der Mund sehr unangenehm?
- Haben Sie Schluckbeschwerden?
- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- Haben Sie Appetitlosigkeit?
- Müssen Sie häufig Flüssigkeit trinken?
- Welche Symptome sind ihnen aufgefallen? Husten, Luftnot
- Haben Sie Bauchschmerzen?
- Hat sich die Farbe Ihres Stuhls oder ihres Urins verändert?
- Hatten Sie schon Bluttransfusion?

T:

- Wie hat sich Ihre Symptome im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

- Tritten die symptome zur bestimmten Tageszeiten auf?

E:

- gibt es bestimmte auslöser für die Schmerzen?
- Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt?

S:

-wie stark sind Ihre Beschwerden auf Skala von 1 bis 10, wobei 1 sehr leichten und 10 sehr starken symptom entspricht?

-haben Sie wegen Ihrer Symptome vom Schlafen aufgewacht?

❖ **Sexuelle Gesundheit:**

Sexuelle Gesundheit ist für unser Wohlbefinden sehr wichtig, deswegen frage ich meine Patientin immer danach, **wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen ein paar Fragen stellen:**

1. Sind Sie schon sexuell Aktiv?
2. Sind Ihre Sexuellpartner Männer, Frauen oder beides?
3. Haben Sie risikoreiches Verhalten bezüglich HIV oder andere Sexuelle übertragbare Infektionen? z.B Drogenmissbrauch, häufig Partnerwechsel, risikoreiche Partner, andere sexuelle übertragbare Infektion.
4. Haben Sie auf HIV oder andere sexuelle übertragbare Infektion testen lassen?

Am Ende Dieses Teils:

- Haben Sie sonst noch etwas Ungewöhnliches bemerkt?
- Fällt Ihnen in diesem Zusammenhang etwas ein, dass Wichtig sein Könnte?

Akute Angina tonsillaris = (Akute Tonsillitis)

Die infektiöse Mononukleose (Pfeiffer-Drüsenfieber) wird durch die zu den humanen Herpes-Viren gehörenden und hochkontagiösen Epstein-Barr-Viren (EBV) übertragen. Nach einer Inkubationszeit von einer oder mehreren Wochen kommt es zu einer fieberhaften Angina tonsillaris mit weiß-gräulichen Belägen, einer generalisierten Lymphknotenschwellung und häufig auch zu einer Splenomegalie. Im Blutbild findet sich eine Lymphozytose und im Blutaussstrich aktivierte mononukleäre Lymphozyten, die auch Pfeiffer-Zellen genannt werden. Die Therapie ist rein symptomatisch. Zu bedenken ist dabei (zumal häufig die Fehldiagnose der bakteriellen Angina tonsillaris gestellt wird), dass die Gabe von Amoxicillin bzw. Ampicillin zu einem Arzneimittel-exanthem führen kann. Komplikationen sind zwar selten, die Epstein-Barr-Viren werden aber mit zahlreichen Malignomen (Morbus Hodgkin, Burkitt-Lymphom, etc.) und chronischer Fatigue in Verbindung gebracht.

Inkubationszeit: 1–7 Wochen

Leitsymptome

Fieberhafte Angina tonsillaris (gerötete und, manchmal asymmetrisch, vergrößerte Tonsillen [1] mit weiß-gräulichen konfluierenden Belägen) oder Pharyngitis

Generalisierte Lymphknotenschwellungen [2]

Im Kleinkindesalter verläuft die Infektion dagegen meist asymptomatisch

Organbeteiligung

In ca. 50% Splenomegalie

Ggf. Hepatomegalie und Hepatitis mit Entwicklung eines Ikterus

Ggf. exanthematische Form (ca. 3% der Fälle)

Petechiales Exanthem am harten Gaumen; zusätzliches Exanthem (feinfleckig-makulopapulös) am Stamm möglich

Selten können weitere Organe (bspw. Herz, Nieren, ZNS, Gelenke) beteiligt sein

Verlauf: Häufig ausgeprägte Fatigue (Abgeschlagenheit) über mehrere Wochen

Therapie (Symptomatische Therapie)

Körperliche Schonung

Gabe von Flüssigkeit (ggf. i.v.)

Analgesie und Antipyrese (z.B. Ibuprofen)

Keine Gabe von ASS oder Paracetamol !

3. Herpes zoster

S:

- Wo sind die Hautveränderungen? Im Gesicht oder am Stamm?
- Ist diese Rötung ein oder beidseitig?

O:

- 1) Wann haben Sie diese Veränderungen bemerkt?
- 2) Wie haben Sie diese Veränderung bemerkt?
- 3) Seit wann bestehen die Schmerzen?

C:

- 1) Ist die Rötung **schmerzhaft** oder schmerzlos?
- 2) Könnten Sie bitte die Schmerzen genauer beschreiben?
- 3) Wie sieht die Rötung aus? Wie Gürtel?
- 4) Hat es von den Pusteln oder Bläschen begleitet?

R: Ist die Rötung von Ausgangsort an einen anderen Ort gewandert?

A:

- 1) Haben Sie Fieber?
- 2) Haben Sie Nachtschweiß?
- 3) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- 4) Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?
- 5) Ist Ihnen eine Lymphknotengrößering aufgefallen?
- 6) Haben Sie Rückenschmerzen?
- 7) Leiden Sie unter allgemeines Krankheitsgefühl oder Gliederschmerzen?
- 8) Fühlen Sie sich müde oder abgeschlagen?
- 9) Haben Sie Lähmungserscheinungen im Gesicht bemerkt?
- 10) Haben Sie Sensibilitätsstörung in der betroffenen Seite bemerkt?
- 11) Haben Sie in letzter Zeit Infektionen durchgemacht?
- 12) Haben Sie in letzter Zeit mit Menschen, die gleiche Symptome haben, in Kontakt aufgenommen?

- **Dann die Beschreibung von Schmerzen.**

T:

- Wie hat sich Ihre Symptome im Verlauf verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

Vorerkrankungen:

Wurden Sie früher mit Windpocken angesteckt?

Dem Herpes zoster (Gürtelrose oder häufig verkürzt Zoster) liegt die Reaktivierung einer Varizelleninfektion zugrunde, da das Virus nach einer Primärinfektion im Kindesalter (in Form von Windpocken) lebenslang in den Hirn- und Spinalganglien persistiert. Eine Reaktivierung kann durch Stress oder Immunschwäche ausgelöst werden und tritt als schmerzhaftes unilaterale und dermatombezogene Hautrötung mit Bläschen in Erscheinung. Durch den Einsatz von antiviralen Medikamenten (insb. Aciclovir) kommt es i.d.R. zu einer folgenlosen Ausheilung. Mögliche Komplikationen sind eine Enzephalitis oder insb. bei älteren Menschen eine (oft lebenslang anhaltende) schmerzhaftes Post-Zoster-Neuralgie. Befällt das Virus die Hirnnerven, kann es beim Zoster ophthalmicus zu Visusverlust und beim Zoster oticus zu Fazialisparese und Schwerhörigkeit kommen. In diesen Fällen ist eine schnelle Einleitung der antiviralen Therapie besonders wichtig.

Reduzierter Allgemeinzustand und Fieber

Lokalbefund dermatombezogen: Meist 1–3 Dermatome auf einer Körperhälfte (unilateral), in 75% thorakal

Starke Schmerzen (akute Neuritis)

Parästhesien und Allodynie (Schmerzen bei Berührung) .. اللمس .. pain when touched

Seltener motorische Ausfälle

ca. 4 Tage nach Krankheitsbeginn: Erythem mit uniformen Vesikeln und Papeln

What's the difference between varicella-zoster and herpes zoster?

Herpes zoster, also known as shingles, is caused by the reactivation of the varicella-zoster virus (VZV), the same virus that causes varicella (chickenpox). Primary infection with VZV causes varicella. Once the illness resolves, the virus remains latent in the dorsal root ganglia.

*** Conversely, the herpes simplex viruses (HSV) causes herpes. There are two types: type 1 HSV, which primarily appears as a rash on the face or mouth, and type 2

HSV, which mainly appears as a genital or rectal rash

Durchmachen = عانى من أو قاسى من ** Bläschen = blisters ** Pustel = vesicle **

Urologie

Allgemeine Anamnese über die Beschwerden:

Zystitis: ist eine Entzündung der Harnblase

1. Seit wann haben Sie die Beschwerden?
2. Müssen Sie häufig wasserlassen?
 - A) Wie häufig müssen Sie auf die Toilette gehen?
 - B) Wie häufig gehen Sie normalerweise auf die Toilette? (Bevor Sie solche Symptome haben)
 - C) Müssen Sie auch Nachts auf die Toilette gehen? Wie häufig? (Nykturie >> Mehr als ein- bis zweimal Wasser lassen pro Nacht)
 - D) Haben Sie kleine, normale oder große Urinmenge pro Ausscheidung?
3. Müssen Sie Sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren?
4. Haben Sie probleme wasser zu halten? Unwillkürliches Wasserlassen?
5. Haben Sie schmerzhaftes Harnentleerung? Schmerzen beim Wasserlassen
6. Hat sich die Farbe ihres Urin verändert? Dunkelgelb oder Blutig?
7. Hatten Sie Fieber?
8. Haben Sie Unterbauchschmerzen?

A) Psychogene Polydipsie: (Übermäßiger Flüssigkeitskonsum)

- 1) Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?
- 2) Was trinken Sie?
- 3) Trinken Sie viel vor dem Schlafengehen?

B) Diabetes Mellitus:

- 1) Haben Sie vermehrten Durst und Hunger?
- 2) Müssen Sie häufig Wasserlassen?
- 3) Fühlen Sie sich häufig müde oder erschöpft?
- 4) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- 5) Leiden Sie unter Sehstörungen? Wie verschwommenes sehen oder Doppelsehen
- 6) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? wie:
 - raue, juckende und rissige Haut
 - Verzögerte Wundheilung (verzögern=delay)
 - Frunkulose (Entzündung mehrere Haarbälge)
- 7) Leiden Sie irgendwo unter Taubheitsgefühl oder Kribbeln?
- 8) Leiden Sie unter Schmerzen in den Beinen? (Belastungabhängig oder Belastungunabhängig)?
- 9) Haben Sie Hautgeschwüre an den Beinen? Heilen diese schlecht ab?

C) Diabetes Insipidus (entdeckt)

- 1) Hatten Sie einen Unfall, in dem Sie Ihren Kopf gestoßen haben?
- 2) Haben Sie verkrampft?

D) Hyperparathyreoidismus (Hyperkälzämie): Nebenschilddrüsen

- 1) Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? (Wegen Nierensteine)
- 2) Haben Sie vermehrten Durst?
- 3) Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?
- 4) Haben Sie kleine, normale oder große Urinmegne pro Ausscheidung?
- 5) Leiden Sie unter Knochenschmerzen? Hatten Sie in letzter Zeit Knochenbrüche?
- 6) Leiden Sie unter Muskelschwäche?
- 7) Fühlen Sie sich müde?
- 8) Leiden Sie unter depressive Verstimmungen?
- 9) Haben Sie Oberbauchbeschwerden wie Schmerzen?
- 10) Ist Ihnen Übel? Haben Sie erbrochen?
- 11) Hat sich Ihr Stuhverhalten in letzter Zeit merklich verändert?

Infolge der Hyperkälzämie ist die Konzentrationsfähigkeit der Niere vermindert. Typischerweise lässt sich dies nicht durch die Gabe von ADH verbessern.

. Es setzt Calcium aus dem Knochen frei, indem es die Osteoklasten aktiviert

Parathormon (= PTH, Parathyrin)

Parathormon erhöht den Calciumspiegel und senkt den Phosphatspiegel im Blut. Es setzt Calcium aus dem Knochen frei, indem es die Osteoklasten aktiviert. Gleichzeitig fördert es die Reabsorption von Calcium in der Niere, eine direkte Wirkung auf den Darm hat PTH dagegen nicht

Parathormon(PTH) wird in den Nebenschilddrüsen gebildet und führt zu einem Anstieg des Calciumspiegels im Serum.

Am häufigsten ist der **primäre HPT**, der auf Adenome oder Hyperplasien der Nebenschilddrüsen zurückzuführen ist und zu einer Hyperkälzämie führt

Der **primäre HPT** wird durch operative Entfernung der Nebenschilddrüsen behandelt.

Kommt es infolge einer Hypokälzämie oder einer Hyperphosphatämie reaktiv zu einem PTH-Anstieg, handelt es sich um einen **sekundären HPT**

Dem sekundären und tertiären HPT liegt in den meisten Fällen eine chronische Niereninsuffizienz zugrunde, die hauptsächlich über einen Mangel an aktivem Vitamin D und eine renale Phosphatretention einen PTH-Anstieg bewirken.

Sekundärer Hyperparathyreoidismus

1 - Renale Genese: Folge einer chronischen Nierenschädigung

2 - Nicht-renale Genese: Mangel an Calcium und/oder aktivem Vitamin D durch

A - Verminderte Aufnahme: Malassimilation, Cholestase

B - Verminderte Bildung/Aktivierung von Vitamin D3: Leberzirrhose, mangelnde Sonnenlichtexposition

Tertiärer Hyperparathyreoidismus

Folge eines langjährigen, unbehandelten sekundären Hyperparathyreoidismus

E) Stress

- Haben Sie in letzter Zeit ungewöhnlichen Stress?

F) Hyperthyreose

- 1) Haben Sie Herzrasen bemerkt?
- 2) Haben Sie schlechtes Vertragen der Hitze?

Prostatkarzinom: (Prostatakrebs)

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie abgenommen?
- Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert? Ist Ihnen Appetitlosigkeit aufgefallen?
- Haben Sie Nachtschweiß bemerkt?
- Leiden Sie unter allgemeines Krankheitsgefühl?
- Leiden Sie unter Rücken Schmerzen?

- **Irritative Symptome:**
 1. Müssen Sie häufig wasserlassen?
 2. Müssen Sie sofort auf die Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren?
 3. Haben Sie Probleme Wasser zu halten? Unwillkürliches Wasserlassen?
 4. Haben Sie schmerzhaftes Harnentleeren? Schmerzen beim Wasserlassen
 5. Hat sich die Farbe Ihres Urin verändert? Dunkelgelb oder Blutig?

- **Obstruktive Symptome:** (das heißt, die Harnröhre ist verengt)
 - F) Haben Sie abgeschwächter Harnstrahl bemerkt?
 - G) Haben Sie Startverzögerung der Harnentleerung? (der Urin beginnt nur zögerlich zu fließen und man muss pressen)
 - H) Haben Sie Unterbrechung des Harnstrahls bemerkt?
 - I) Haben Sie Tropfen nach dem Wasserlassen bemerkt?
 - J) Haben Sie Probleme zur Erektion zu kommen?

Vorsteherdrüse = auf D Prostata = auf E prostat gland / Übergewicht und C-Peptid Blutspiegel sind Risikofaktoren für Prostatakarzinom / abschwächen=weaken / abgeschwächt = weakened / Harnstrahl= urine stream / Verzögerung = delaying /

Müdigkeit

O: Seit wann haben Sie die Beschwerden?

C: Ist die Müdigkeit dauerhaft da oder gehen Sie wieder weg? A:

Allgemein:

- Haben Sie Fieber?

Anämie:

- Ist Luftnot aufgetreten? bei Belastung oder in Ruhe?
- Hatten Sie verschwommenes Sehen?
- Ist Ihnen Hautblässe aufgefallen?

Schlafapnoe:

- Schlafen Sie gut?
- Wie viele Stunden Schlafen Sie täglich?
- Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen? Dyssomnie = Insomnie + Parasomnie
- Schnarchen Sie beim Schlafen?
- Hat ihr Bettpartner ein lautes Schnarchen bei ihnen bemerkt?
- Treten Atempausen (Atemaussetzer) ein, die zu einem unruhigen Schlaf führen?
- Wie oft wachen Sie in der Nacht auf?
- Fühlen Sie sich nach dem Schlafen ausgeruht?
- Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?
- Haben Sie eine Leistungsminderung bemerkt?
- Haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?

Apnoe: Atempausen von ≥ 10 Sekunden

1 - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS; $>90\%$) : mit Obstruktion der oberen Atemwege durch Kollaps der Schlundmuskulatur während des Schlafens (Schlundmuskulatur (Pharynxmuskulatur))

2 - Zentrales Schlafapnoe-Syndrom ($<10\%$) : Schlafbezogene Atemstörung durch mangelnde Stimulation des zentralen Atemzentrums ohne Obstruktion der oberen Atemwege

3 - Obesitas-Hypoventilationssyndrom : Pathologische Adipositas (BMI >30)

Leukämie:

B-Symptome:

- 1) Haben Sie Fieber?
- 2) Haben Sie Nachtschweiß?
- 3) Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen? Wie viel Kilogramm und über welchem Zeitraum?
- 4) Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
- 5) Fühlen Sie sich müde oder abgeschlagen?
- 6) Leiden Sie unter Juckreiz?
- 7) Sind Ihnen Knochenschmerzen aufgefallen?
- 8) Sind Ihnen Vergrößerungen Der Lymphknoten aufgefallen? Sind sie schmerzhaft oder schmerzlos?

Symptome der Leukämie und Lymphoma (Anämie, Thrombozytopenie und Neutropenie).

- 9) Ist Ihnen Blutungsneigung aufgefallen? Haben Sie Blutungsneigung festgestellt?
- 10) Bekommen Sie schnell blaue Flecke?
- 11) Leiden Sie häufig unter Infektionen?
- 12) Symptome von Anämie

eintreten = enter or happen *** Atemaussetzer = breathing pauses *** ausgeruht مُستريح ** sich ausruhen يستريح ** Sauerstoffsättigung **

DM: wir haben über Polyurie, Gewicht gefragt.

- 1) Haben Sie vermehrten Durst und Hunger?
- 2) Müssen Sie häufig Wasserlassen?
- 3) Haben Sie Sehstörungen? Wie verschwommenes Sehen oder Doppelsehen.
- 4) Leiden Sie irgendwo unter Taubheitsgefühl oder Kribbeln?

Stress

- 1) Hatten Sie in letzter Zeit ungewöhnlichen Stress

Schilddrüsenunterfunktion/überfunktion:

Wechseljahre/Menopause/Klimakterium (Klimakterische Symptome)

- 1) Haben Sie Regelmäßige Monatsblutung / Menstruationszyklus/ Regelblutung?
- 2) Welche Veränderungen haben Sie bemerkt? Nachtschweiß oder schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kältegefühl, Reizbarkeit, Nervosität, Neigeng zum Weinen, schlechte Laune, Lustlosigkeit, Depressive Verstimmungen, Schlaflosigkeit und Vergesslichkeit ?
- 3) Welche weitere Beschwerden haben Sie festgestellt? Gewichtszunahme, Verstopfung, Kreuzschmerzen, Rücken und Gelenkbeschwerden, schmerzhafte Harnentleerung, Oberlippenhaare, Verminderte Lust auf Geschlechtsverkehr (Libidostörungen), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Austrocknung der Haut?

Hitzewallung ist Ausbreitung von plötzlicher Hitze Welle über Gesicht und Oberkörper.

T:

- 1) Wie hat sich Ihre Beschwerden im Verlauf verändert, hat die Müdigkeit sich in Ihrer Intensität verändert? Hat sie zugenommen?
- 2) Wann tritt die Müdigkeit auf? Besteht sie den ganzen Tag?

E:

Gibt es bestimmte Auslöser für die Müdigkeit?
Gibt es etwas, das die Müdigkeit verstärkt oder lindert?

Depression: fragen Sie zuerst diese 2 Fragen, wenn die Antworten darauf Ja sind, Dann fragen Sie die restlichen Fragen.

- A)** Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder Hoffungslos?
- B)** Hatten Sie Im letzten Monant deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne Tun?

Wenn Ja führen Sie durch:

S: Sleep wir haben darüber gefragt.

A: Anhedonia,

- 1) Haben Sie in letzter Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Familie, Beruf und Hobby) verloren?
- 2) Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?

G: (Guilty) Schuldig.

- 1) Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?
- 2) Fühlen Sie sich häufig Schuldig für alles? Was geschieht?

E: Energie

- 1) Haben Sie Ihre Energie verloren?

C: Concentration (Konzentration), bedeckt.

A: Appetit

- 1) Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit merklich verändert?

P: Psychomotor

- 1) Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen?
- 2) Fühlen Sie sich so Selbstsicher wie sonst?

S: Suizid

- 1) Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?
- 2) Haben Sie Pläne für die Zukunft?
- 3) Geht es Ihnen schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken, oder daran, dass sie besser wäre tot zu sein?
- 4) Haben Sie versucht, sich anzutun?

❖ **Schilddrüsenüberfunktion:**

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie abgenommen?
- Hat sich ihr Appetit in letzter Zeit verändert? (Gesteigerter Appetit)
- Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie Durchfall?
- Haben Sie schlechtes Vertragen der Hitze?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? Schlaflosigkeit_(Insomnie)
- Haben Sie in letzter Zeit bemerkt, dass Sie Nervosität, Unruhe haben ?
- Zittern Ihre Hände?
- Sind Ihnen übermäßiges Schwitzen, feuchtwarme Haut aufgefallen?
- Haben Sie **Herzrasen** bemerkt?
- Haben Sie Konzentrationsschwäche?
- Haben Sie Haarausfall bemerkt?
-

❖ **Schilddrüsenunterfunktion:**

- Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie zugenommen?
- Hat sich ihr Appetit in letzter Zeit verändert?
- Hat sich Ihr Stuhlgang in letzter Zeit merklich verändert? Haben Sie Verstopfung?
- Haben Sie schlechtes Vertragen der Kälte?
- Leiden Sie unter Schlapfstörungen?
- Fühlen Sie sich müde?
- Ist ihnen trockene Haut aufgefallen?
- Haben Sie Haarausfall bemerkt?
- Haben Sie verlängerte Monatsblutung ?
- Haben Sie verminderte Libido?

■ **Gibt es in Ihrer Familie häufig Schilddrüsenerkrankungen?**

❖ **Diabetes Mellitus:**

- 3) Haben Sie vermehrten Durst und Hunger?
- 4) Müssen Sie häufig Wasserlassen?
- 5) Fühlen Sie sich häufig müde oder erschöpft?
- 6) Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit merklich verändert?
- 7) Leiden Sie unter Sehstörungen? Wie verschwommenes sehen oder Doppelsehen
- 8) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? wie:
 - raue, juckende und rissige Haut
 - Verzögerte Wundheilung (verzögern=delay)
 - Frunkulose (Entzündung mehrere Haarbälge)
- 9) Leiden Sie irgendwo unter Taubheitsgefühl oder Kribbeln?
- 10) Leiden Sie unter Schmerzen in den Beinen? (Belastungabhängig oder Belastungunabhängig)?
- 11) Haben Sie Hautgeschwüre an den Beinen? Heilen diese schlecht ab?

*gereizt=irritated

*Taubheit=numbness / verlust von empfindungen / Taubheit ist eigentlich der teilweise (Hypästhesie) oder komplette (Anästhesie) Verlust von Empfindungen.

*Missempfindung=discomfort/ Kribbeln=Ameisenlaufen=tingleوخز / Belastungabhängig=load dependent

Situationen

1. Wenn der Patient nach der Ursache Ihrer Beschwerde fragt:

- Ich kann das noch nicht mit Sicherheit sagen, aber es könnte auch eine----- sein, deshalb machen wir weitere Untersuchungen zur Bestätigung.

2. Was werden Sie für mich machen:

Also, als Erstes werde ich Sie körperlich untersuchen, dann werde ich Blut abnehmen und eine Röntgenaufnahme veranlassen, danach bespreche ich Ihre Beschwerden mit meinem Oberarzt und schließlich komme ich zurück und teile Ihnen mit, was zu tun ist.

3. Wenn der Patient vielmals unterbricht oder nach etwas fragt, was wir nicht wissen (z.B. Etiologie oder so)

- Gute **Frage** Frau Müller! Aber darf ich Sie bitten, dass wir unser Gespräch zu Ende führen und nachher beantworte ich sehr gerne Ihre Fragen? Einverstanden?
- Wären Sie so nett, jetzt auf Ihre Beschwerden zu fokussieren ?

4. Wenn der Patient Schmerzen hat (drei Schritte sind ganz wichtig: erkennen, verbalisieren und Empathie zeigen)

- Frau Müller, ich merke, dass Sie Ihre **Schmerzen** nicht mehr ertragen können. Könnten Sie die Schmerzen noch ein bisschen aushalten, bis unser Gespräch zu Ende ist oder soll ich Ihnen jetzt Schmerzmittel geben?
(der Patient sagt meistens: nein danke. Es geht. Wie ich gesagt habe, das Ziel hier ist hier die Beurteilung Ihrer Reaktion und Empathie)
- Ganz lieb! Auf jeden Fall wäre das besser für die Diagnose.

5. Wenn Der Patient Angst hat (drei Schritte sind ganz wichtig: erkennen, verbalisieren und Empathie zeigen)

- Frau Müller, ich habe das Gefühl, dass Sie mit Ihren Gedanken woanders waren. Vielleicht haben Sie **Angst**?
- Das kann ich gut verstehen. Aber machen Sie sich keine Sorgen! Sie sind in guten Händen und unser Team wird alles machen, damit Sie wieder gesund werden.

6. Wenn Krebs in der Familie vorliegt und der Patient hat Angst davor

- Na ja! Das kann ich gut verstehen. Aber ich möchte Sie beruhigen, weil **Krebs** nicht 100% erblich ist. Außerdem gibt es manche Faktoren, die dagegen sprechen, wie Ihr Alter.....
- Man sollte nicht nur an die schlimmste Ursache denken. Um ehrlich zu sein, ist Krebs nicht 100% ausgeschlossen, aber Ihre Beschwerde könnte auch viele andere Gründe haben. Ich rate Ihnen, dass Sie möglichst positiv denken.

7. Wenn der Patient sauer wird:

- Frau Müller, bitte beruhigen Sie sich? Ich muss möglichst viele Informationen

Maher Odeh

von Ihnen sammeln, damit ich am Ende eine richtige Diagnose stellen kann. Wir tun alles für Sie, was wir können. Ich bitte Sie um Verständnis!

8. Wenn der Patient den Oberarzt oder Chefarzt bestellt

- Frau Müller, das kann ich gut verstehen. Natürlich jeder wünscht sich die beste Betreuung. Aber Sie sind in guten Händen. Wir arbeiten immer als Team und besprechen nicht nur Ihren Fall, sondern viele Fälle aus anderen Abteilungen auch. Da gibt es viele Fachleute aus verschiedenen Fachrichtungen und wir diskutieren miteinander und dann entscheiden, was das Beste für Sie ist.

9. Wenn der Patient die stationäre Aufnahme oder die Behandlung ablehnt

- Davon kann Ich Ihnen nur abraten. So etwas könnte gefährlich oder sogar lebensbedrohlich sein. Natürlich kann ich gut verstehen, dass Ihre Familie und Arbeit wichtig sind. Aber Ihre Gesundheit ist noch wichtiger.

10. Wenn ich was nicht so gut verstehe

- Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann meinen Sie mit " ", dass ??
- Könnten Sie mir das vielleicht mit anderen Worten erklären ?
- Wären Sie so nett und würden Sie das noch mal wiederholen , bitte ?

11. Entschuldigen Sie bitte Frau/Her, aber lassen wir uns bitte am Ende darüber sprechen, damit ich ein aktuelles krankheitsbild von ihnen bekomme.

12. Wenn Patient fragt: Kann ich zur Hause gehen oder muss ich hier bleiben?

Leider kann ich Ihnen noch nicht versprechen, wir müssen weitere untersuchungen machen.

Verabschiedung:

Also Frau/Herr..... , Ich bin fertig mit meinen Fragen, das war alles von meiner Seite. Möchten Sie noch etwas ergänzen oder haben Sie noch weiter Fragen an mich?

- auf wiedersehen!

- ✓ Angst = Panikattacke
- ✓ Appetitlosigkeit = (Inappetenz)
- ✓ Atemnot= Dyspnoe
- ✓ Bewusstlosigkeit= (Koma)
- ✓ Blähungen= Flatulenz, Meteorismus
- ✓ Blässe (Gesichtsblässe, Hautblässe, Fahlheit)
- ✓ Blau anlaufen= Zyanose
- ✓ Blut im Stuhl (Blutstuhl, Rektalblutung, Analblutung, Teerstuhl, **Meläna**)
- ✓ Blut im Urin (Hämaturie)
- ✓ Bluthusten (Hämoptyse)
- ✓ Blutiges Erbrechen (Hämatemesis)
- ✓ Brustschmerzen: Thoraxschmerzen- thorakale Schmerzen
- ✓ Durchfall (Diarrhoe)
- ✓ Durst (Polydipsie)
- ✓ Enge Pupille
- ✓ Fieber (Pyrexie)
- ✓ Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen (Sensibilitätsstörungen, Taubheitsgefühle)
- ✓ Gelbsucht (Ikterus)
- ✓ Gelenkschmerzen (Arthralgie)
- ✓ Geschwollene Beine (Beinödeme)
- ✓ Gewichtsabnahme (Kachexie)
- ✓ Gewichtszunahme (Adipositas)
- ✓ Haarausfall (Alopezie)
- ✓ Hautausschlag (Exanthem)
- ✓ Hautblasen
- ✓ Hautknoten
- ✓ Hautpusteln
- ✓ Hautschuppen
- ✓ Hautveränderungen
- ✓ Heiserkeit
- ✓ Herzrasen (Tachykardie)
- ✓ Herzschmerzen (Brustenge, Angina pectoris)
- ✓ Herzstolper/ Herzklopfen (Palpitation)
- ✓ Hörverlust
- ✓ Juckreiz (Pruritus)
- ✓ Kälteempfindlichkeit (Kälteintoleranz)
- ✓ Kopfschmerzen (Cephalgie, Migräne, Cluster-Kopfschmerzen)
- ✓ Körper
- ✓ Krampfanfall (Epilepsie)
- ✓ Lähmungen (Parese)
- ✓ Lichtscheue (photophobie)
- ✓ Lymphknotenschwellung (Lymphadenopathie)
- ✓ Menstruationsbeschwerden
- ✓ Müdigkeit (Abgeschlagenheit)

- ✓ Mundgeruch (Halitosis, Foetor ex ore)
- ✓ Muskelschmerzen
- ✓ Muskelschwäche (Muskelhypotonie)
- ✓ Nachtschweiss (nächtliche Hyperhidrose)
- ✓ Nasenbluten (Epistaxis)
- ✓ Ohnmacht (Synkope)
- ✓ Ohrenschmerzen (Otalgie)
- ✓ Ohrgeräusche, Ohrensausen (Tinnitus)
- ✓ Potenzstörung (Impotenz, Erektile Dysfunktion)
- ✓ Rotes Auge (Augenrötung, Konjunktivitis, Bindehautentzündung)
- ✓ Schluckstörungen (Dysphagie)
- ✓ Schmerzen beim Wasserlassen (Dysurie)
- ✓ Häufiges Wasserlassen (Pollakisurie)
- ✓ Harnverlust (Urininkontinenz)
- ✓ Polyurie
- ✓ Nykturie
- ✓ Harndrang
- ✓ Schmerzen im Arm, Händen
- ✓ Schmerzen im Bein, Fuss
- ✓ Schmerzen beim schlucken (odynophagia)
- ✓ Schnarchen (Rhonchopathie)
- ✓ Schwindel (Vertigo)
- ✓ Schwitzen
- ✓ Sodbrennen (Saures Aufstossen, Magenbrennen, Reflux)
- ✓ Sprachstörungen (Aphasie)
- ✓ Übelkeit (Nausea)
- ✓ Erbrechen= Emesis
- ✓ Vaginale Blutung
- ✓ Vergesslichkeit (Demenz)
- ✓ Vermindertes Wasserlassen (Oligurie, Anurie)
- ✓ Verstopfung (Obstipation)
- ✓ Wasser im Bauch (Aszites)
- ✓ Wasseransammlung (Ödem)
- ✓ Weite Pupillen
- ✓ Zahnschmerzen