

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

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

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

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

Ich habe eine chronische Krankheit  لدي مرض مزمن

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

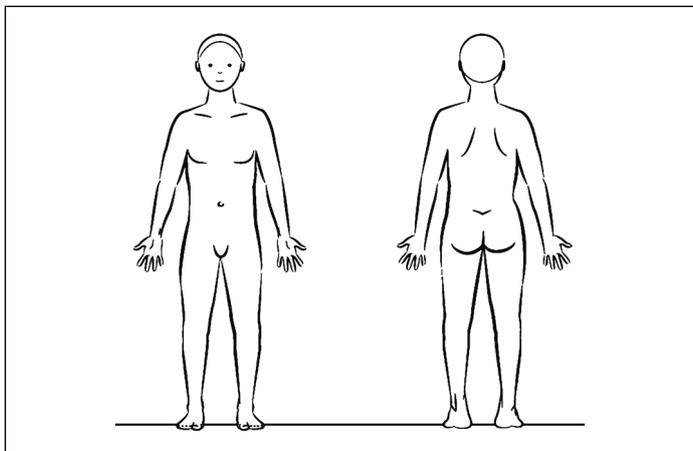
Ich rauche regelmäßig  أنا أدخن بانتظام  Ich rauche nicht  أنا لا أدخن

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

Ich nehme nur selten Medikamente ein.  أتناول الدواء نادرا.

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

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



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

Die Beschwerden bestehen  الشكاوى مستمرة

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

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

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

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

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

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

اسم وعنوان الصيدلية **Name und Anschrift der Apotheke**

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

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

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

الأدوية تكلفك \_\_\_\_\_ Euro. € \_\_\_\_\_ **Das Arzneimittel kostet \_\_\_\_\_ Euro.**

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

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

عنوان طبيب في المناطق المجاورة **Anschrift eines Arztes in der Nähe**

التاريخ **Datum** اسم الدواء **Name des Arzneimittels**

**سوف تحصل على دواء** **Sie erhalten ein Arzneimittel**

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

**تطبيق أو ابتلاع** **Anwendung oder Einnahme**

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