

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

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

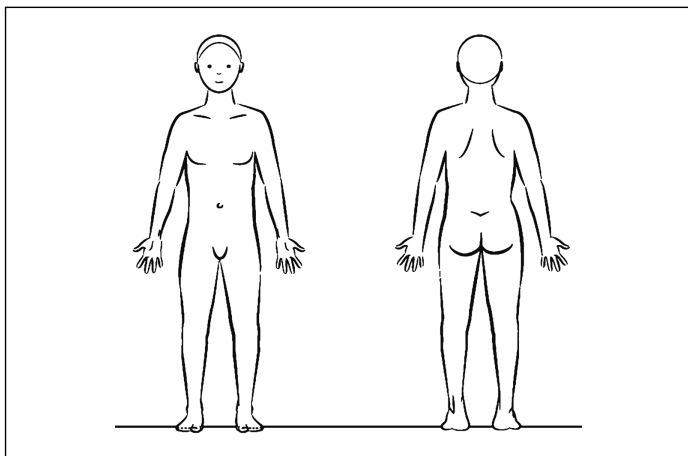
Ich rauche regelmäßig أنا أدخن بانتظام Ich rauche nicht أنا لا أدخن

Ich nehme regelmäßig Medikamente 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"/> آلام البطن <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"/> آلام العنق <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"/> إفراغ \ تقيؤ <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 اراجع الطبيب لغرض العلاج

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

كيفية الاستخدام أو تناول **Anwendung oder Einnahme**

	<input type="checkbox"/> مرتين في اليوم Zweimal täglich	<input type="checkbox"/> مرة واحدة في اليوم Einmal täglich
	<input type="checkbox"/> عند الحاجة Bei Bedarf	<input type="checkbox"/> ثلاث مرات في اليوم Dreimal täglich
	<input type="checkbox"/> في المساء Abends	<input type="checkbox"/> في الصباح Morgens
	<input type="checkbox"/> حبتين Zwei Stück	<input type="checkbox"/> حبة واحدة Ein Stück
<input type="checkbox"/> بعد ساعتين من تناول الطعام Zwei Stunden nach dem Essen	<input type="checkbox"/> ثلاثين دقيقة قبل تناول الطعام 30 Minuten vor dem Essen	<input type="checkbox"/> قبل الإفطار Morgens vor dem Frühstück
<input type="checkbox"/> ليلا Nachts	<input type="checkbox"/> غير مرتبط بتناول الطعام Unabhängig vom Essen	<input type="checkbox"/> لاكل Zum Essen
<input type="checkbox"/> تناول الدواء مع كوب من الماء العادي Nehmen Sie das Arzneimittel mit einem Glas Leitungswasser ein		
<input type="checkbox"/> نرجو إذابة الدواء في الماء Bitte lösen Sie das Arzneimittel in Wasser auf		
<input type="checkbox"/> لا تتناول الدواء مع منتجات الألبان Nehmen Sie das Arzneimittel nicht mit Milchprodukten ein		
<input type="checkbox"/> اطلب من الصيدلي أن يوضح لك كيفية استخدام الدواء. Lassen Sie sich in der Apotheke die Anwendung des Arzneimittels zeigen.		
<input type="checkbox"/> يرجى تخزين الدواء في مكان بارد (لا تجمده). Bitte lagern Sie das Arzneimittel möglichst kühl (nicht einfrieren).		
<input type="checkbox"/> نرجو تناول الدواء حتى فراغ العبوة Bitte nehmen Sie das Arzneimittel bis die Packung leer ist		
<input type="checkbox"/> تأكد من أن الدواء بعيد عن متناول الأطفال. Achten Sie darauf, dass das Arzneimittel nicht in die Hände von Kindern gelangt.		