

لطفا این فرم را پر کنید **Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus**

Ich verstehe Deutsch  من آلمانی می فهمم  Ich verstehe Englisch  من انگلیسی می فهمم  Ich verstehe nur Persisch  من فقط فارسی بلد هستم

Ich möchte ein Arzneimittel für mich  من یک دارو برای خودم می خواهم  Ich möchte ein Arzneimittel für andere  من یک دارو برای شخص دیگری می خواهم

Ich bin schwanger  من حامله هستم  Ich bin nicht schwanger  من حامله نیستم

Ich habe eine chronische Krankheit  من یک بیماری مزمن دارم

Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> مرض قند <input type="checkbox"/>	Lungenkrankheit <input type="checkbox"/> بیماری ریوی <input type="checkbox"/>	Herzkrankheit <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> فشار خون <input type="checkbox"/>
Magenkrankheit <input type="checkbox"/> بیماری معده <input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit <input type="checkbox"/> بیماری کلیه <input type="checkbox"/>	Allergie <input type="checkbox"/> حساسیت <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/>

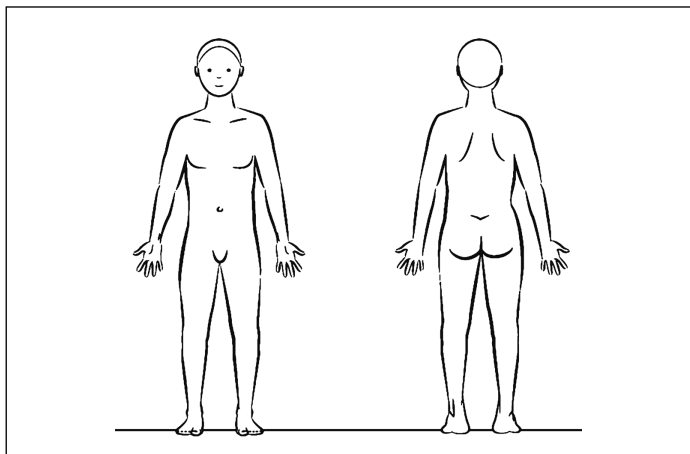
Ich rauche regelmäßig  من بطور مرتب سیگار می کشم  Ich rauche nicht  من سیگار نمی کشم

Ich nehme regelmäßig Medikament ein. Bitte bringen Sie sie in die Apotheke mit.  من دارو هایم را به موقع می خورم. لطفا آنها را همراه خود به داروخانه بیاورید.

Ich nehme nur selten Medikamente ein.  من خیلی کم دارو می خورم.

Ich habe Beschwerden und wünsche ein Arzneimittel gegen  من ناراحتی دارم و یک دارو میخوام برای

Schmerzen <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> دندان درد <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> پشت درد <input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> دل درد <input type="checkbox"/>
Allergie <input type="checkbox"/> حساسیت <input type="checkbox"/>	Juckreiz <input type="checkbox"/> خارش <input type="checkbox"/>	Schnupfen <input type="checkbox"/> سرما خوردگی <input type="checkbox"/>		Ohrenscherzen <input type="checkbox"/> گوش درد <input type="checkbox"/>
Husten <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/>	Halsschmerzen <input type="checkbox"/> گلو درد <input type="checkbox"/>		Beschwerden beim Schlucken <input type="checkbox"/>	ناراحتی در موقع قورت دادن آب دهان <input type="checkbox"/>
Übelkeit <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/>	Erbrechen <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/>	Durchfall <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/>	Sodbrennen <input type="checkbox"/> تشرش کردگی <input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden <input type="checkbox"/> درد عادت ماهانه <input type="checkbox"/>				
Hautkrankheit <input type="checkbox"/> بیماری پوستی <input type="checkbox"/>		Wunde <input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/>	Schlafstörung <input type="checkbox"/> بی خوابی <input type="checkbox"/>	Augenkrankheit <input type="checkbox"/> بیماری چشم <input type="checkbox"/>



Bitte zeichnen Sie den Ort  لطفا محل ناراحتی خود را با علامت مشخص کنید   
Ihrer Beschwerden ein

Die Beschwerden bestehen  ناراحتی وجود دارد

weniger als einen Tag  کمتر از یک روز  ein bis zwei Tage  یک تا دو روز  länger als zwei Tage  بیشتر از دو روز

Ich habe kein Fieber  من تب ندارم  Ich habe leichtes Fieber  من کمی تب دارم  Ich habe hohes Fieber  من تب بالایی دارم

Ich war wegen der Beschwerden noch nicht beim Arzt  من برای این ناراحتی پیش دکتر نبودم

Ich war wegen der Beschwerden bereits beim Arzt  من برای این ناراحتی پیش دکتر بودم

Bitte messen Sie meinen Blutdruck  لطفا فشار خون من را اندازه بگیرید  Ich benötige Kondome  من نیاز به کاندوم دارم

تشکر از اینکه به داروخانه ما مراجعه کرده اید. Danke für Ihren Besuch in unserer Apotheke

نام و آدرس داروخانه: Name und Anschrift der Apotheke

ما دارو را برای شما سفارش می دهیم. برای تحویل آن لطفا فردا مراجعه کنید. Wir bestellen das Arzneimittel für Sie. Bitte holen Sie es morgen ab.

ما داروی شما را تهیه می کنیم. برای تحویل آن لطفا فردا مراجعه کنید. Wir stellen das Arzneimittel für Sie her. Bitte holen Sie es morgen ab.

این دارو برای شما هزینه ای ندارد. Das Arzneimittel kostet nichts für Sie.

هزینه داروی شما می شود \_\_\_\_\_ Euro. € Das Arzneimittel kostet \_\_\_\_\_ Euro.

ما به شما توصیه می کنیم پیش دکتر بروید. Wir raten Ihnen zum Arzt zu gehen.

لطفا به دکتر مراجعه کنید، اگر ناراحتی شما طی دو روز آینده بهتر نشده باشد. Bitte gehen Sie zum Arzt, wenn die Beschwerden nicht in zwei Tagen besser geworden sind.

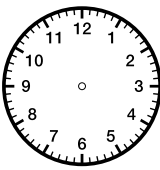
آدرس دکتر در نزدیکی شما Anschrift eines Arztes in der Nähe

تاریخ Datum نام دارو Name des Arzneimittels \_\_\_\_\_

شما دارویی دریافت می کنید Sie erhalten ein Arzneimittel

<input type="checkbox"/> برای خوردن Zur oralen Einnahme	<input type="checkbox"/> برای مالیدن به پوست Zum Auftragen auf die Haut
<input type="checkbox"/> بعنوان اسپری بینی Zum Einsprühen in die Nase	<input type="checkbox"/> برای استنشام کردن Zum Einatmen
<input type="checkbox"/> برای چکاندن در چشم Zum Eintropfen ins Auge	<input type="checkbox"/> برای چکاندن در گوش Zum Eintropfen ins Ohr
<input type="checkbox"/> به عنوان شیاف Zum Einführen in den Enddarm	<input type="checkbox"/> برای تزریق کردن توسط پزشک Zur Injektion durch den Arzt
<input type="checkbox"/> جهت دخول در الت تناسلی Zum Einführen in die Scheide	<input type="checkbox"/> جهت مکیدن در دهان Zum Lutschen im Mund

مصرف یا خوردن دارو Anwendung oder Einnahme

	<input type="checkbox"/> یک بار در روز Einmal täglich	<input type="checkbox"/> دو بار در روز Zweimal täglich
	<input type="checkbox"/> سه بار در روز Dreimal täglich	<input type="checkbox"/> در صورت لزوم Bei Bedarf
	<input type="checkbox"/> هر روز صبح Morgens	<input type="checkbox"/> هر روز ظهر Mittags
	<input type="checkbox"/> یک عدد Ein Stück	<input type="checkbox"/> دو عدد Zwei Stück
<input type="checkbox"/> سی دقیقه پیش از غذا 30 Minuten vor dem Essen	<input type="checkbox"/> دو ساعت بعد از غذا Zwei Stunden nach dem Essen	
<input type="checkbox"/> با غذا Zum Essen	<input type="checkbox"/> هر روز صبح قبل از صبحانه Morgens vor dem Frühstück	
<input type="checkbox"/> مستقل از غذا Unabhängig vom Essen	<input type="checkbox"/> شبها Nachts	
<input type="checkbox"/> دارو را با یک لیوان آب میل کنید. Nehmen Sie das Arzneimittel mit einem Glas Leitungswasser ein.		
<input type="checkbox"/> لطفا دارو را در آب حل نمایید. Bitte lösen Sie das Arzneimittel		
<input type="checkbox"/> دارو را با محصولات لبنی نخورید. Nehmen Sie das Arzneimittel nicht mit Milchprodukten ein		
<input type="checkbox"/> اجازه دهید مصرف دارو را به شما در داروخانه نشان دهند. Lassen Sie sich in der Apotheke die Anwendung des Arzneimittels zeigen.		
<input type="checkbox"/> لطفا دارو را حتی الامکان در جای خنک نگهداری کنید (از یخ زدن جلوگیری شود) Bitte lagern Sie das Arzneimittel möglichst kühl (nicht einfrieren)		
<input type="checkbox"/> لطفا دارو را تا خالی شدن بسته مصرف نمایید. Bitte nehmen Sie das Arzneimittel bis die Packung leer ist		
<input type="checkbox"/> مواظب باشید، که دارو در دسترس کودکان نباشد. Achten Sie darauf, dass das Arzneimittel nicht in die Hände von Kindern gelangt.		