

## Fragen an den Patienten - Amharic

Wo haben Sie Schmerzen? / Where do you feel pain? / ሕመም የሚሰማዎት የት ቦታ ላይ ነው?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? / For how many days have you felt pain? / ይህ ሕመም ከጀመርዎት ስንት ቀን ሆኖታል?

Wann haben die Schmerzen begonnen? / When did the pain start? / መቼ ነው ይህ ሕመም የጀመርዎት?

Wie stark sind Ihre Schmerzen (Skala 1 – 10)? / How bad is the pain (1= very small – 10=worst I can imagine.) / ሕመሙ ምን ያህል ከባድ ነው ማለት በጣም ያምዎታል ወይስ መለስተኛ ነው? (እዚህ ጋር የህመምዎን መጠን በደረጃ መስቀምጥ ይችላሉ ለምሳሌ በጣም በከፍተኛ ሁኔታ ነው የሚያመኝ አልያም መጠነኛ የህመም ሰሜት ነው ያለኝ በማለት ማለት ነው። በዚህ መሰረት ለምሳሌ 1 ቁጥርን ከመረጡ ህመምዎ ቀለል ያለ ነው ማለት ሲሆን 10 ደግሞ ከፍተኛ የሆነ የህመም ሰሜት አልዎት ማለት ነው።)?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? / What kind of medicine do you take regularly? / በየጊዜው የሚወስዱት መድኃኒት አለ? ካለ ስሙ ምን ይባላል?

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bereits festgestellt worden? / Which diseases have been diagnosed? / ከዚህ በፊት በሐኪም የተረጋገጠ በሽታ አለብዎት? ካለ የበሽታው ስም ምን ይባላል?

Der Zahn muss gezogen/entfernt werden. / The tooth has to be pulled out (removed) / ጥርሱ መውለቅ አለበት

Der Zahn benötigt eine Füllung. / The tooth needs a filling. / ጥርሱ መሞላት አለበት

Der Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung. / The tooth needs a root canal treatment. / ጥርሱ ፍት ካፍል ያስፈልገዋል (ፍት ካፍል ማለት በጣም የተባለሽ ወይም የተባረባረ እና ኢንፌክሽን የፈጠረን ጥርስ የማከም ዘዴ ሲሆን ህክምናው የተባረባረውን ጥርስ የውስጠኛ ክፍል በማጠብ እና ለባክተሪያ ደግሞ እንዳይጋለጥ በመድፈን የሚካሄድ ነው)

Ich brauche eine Röntgenaufnahme. / I need an x-ray. / ራጅ መነሳት እፈልጋለሁ

Sie bekommen eine Betäubungsspritze für den Zahn. / I will give you a local anaesthesia for the tooth. / አሁን ለጥርሶ የሚረዳ ማደንዘዣ ይወጋሉ

Sind Sie mit der Entfernung des Zahns einverstanden? / Do you accept that the tooth is pulled out? / ጥርስዎ እንዲወልቅ ይስማማሉ?

## Anamnese-/Patientenbogen - Amharic

Familienname/Surname/የቤተሰብ ስም \_\_\_\_\_

Vorname/First Name/ የእራስ ስም \_\_\_\_\_

Geburtsdatum /Date of Birth /የልደት ቀን \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/Nationality/ዜግነት \_\_\_\_\_

Geburtsland und-ort/Country and city of Birth/የተወለዱበት አገርና ከተማ \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse/Spoken languages/ቋንቋ \_\_\_\_\_

### Bei Minderjährigen/Under age persons/ዕድሜአቸው ከአስራ ስምንት ዓመት በታች ለሆነ

Familienname Vater/Surname Father/የአባት ስም የቤተሰብ ስም \_\_\_\_\_

Vorname Vater/First Name Father/የአባት የመጀመሪያ ስም \_\_\_\_\_

Geburtsdatum /Date of Birth Father/ የአባት የልደት ቀን \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/Nationality/የአባት ዜግነት \_\_\_\_\_

Geburtsland und-ort Vater /Country and city of Birth Father/አባት የተወለዱበት አገርና ከተማ \_\_\_\_\_

Familienname Mutter/Surname Mother/የእናት ስም የቤተሰብ ስም \_\_\_\_\_

Vorname Mutter /First Name Mother/የእናት የመጀመሪያ ስም \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Mutter /Date of Birth Mother/የእናት የልደት ቀን \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/Nationality/የእናት ዜግነት \_\_\_\_\_

Geburtsland und-ort Mutter /Country and city of Birth Mother/እናት የተወለዱበት አገርና ከተማ \_\_\_\_\_

Telefon/Phone/ስልክ ቁጥር \_\_\_\_\_ Straße/street/የሚኖሩበት ቤት መንገድ ስም \_\_\_\_\_

PLZ/Post code/ፖስታ ማጥን ቁጥር \_\_\_\_\_ Wohnort/residence/የሚኖሩበት ከተማ ስም \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient/The patient has or has had/ ቀጥለው የተዘረዘሩት በሽታዎች ነበሩበት ወይም እስከ አሁንም አሉበት

Allergien/allergies to (Which substances) አለርጂ አሉብዎ ? ካሉብዎ የምን? \_\_\_\_\_

Diabetes/diabetes/ስኳር \_\_\_\_\_ Schilddrüsenerkrankung/disease of the thyroid gland/እንቅርት \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten/do you have infectious diseases (hepatitis, HIV, AIDS, Tuberculosis...)/ጉበት፣ ኤች.አይ.ቪ ፣ ኤድስ፣ ሳንባ እና የመሳሰሉት በሽታዎች አሉብዎት? \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen/bleeding disorder/የመቆረጥ አልያም የመፈንከት አደጋ ቢያጋጥሞት ደምዎት ቶሎ አይቆምም \_\_\_\_\_