

# मेडिकल हिस्ट्री शीट

Anamnesebogen Hindi

उपनाम (Familiennam):

प्रथम नाम (Vorname):

जन्म तथि (Geburtsdatum):

सड़क (Straße):

नवास का स्थान (Wohnort):

फोन / ईमेल (Telefon / E-Mail):

जनरल प्रैक्टिशियर (Hausarzt):

सामान्य बीमारियाँ कृपया इस पर टिक करें:

(Allgemeine Erkrankungen, bitte kreuzen Sie an:)

उच्च रक्तचाप (Bluthochdruck)

निम्न रक्तचाप (Niedriger Blutdruck)

मधुमेह मेलिटिस (Diabetes mellitus)

थायराइड रोग (Schilddrüsenerkrankung)

अपस्मार (Epilepsie)

हृदय रोग (Herzerkrankung)

सरिदरद (Kopfschmerzen)

माइग्रेन (Migräne)

गुरदे की बीमारी (Nierenerkrankung)

क्या आपको स्ट्रोक हुआ है? (Hatten Sie einen Schlaganfall?)

हाँ (Ja)

नहीं (Nein)

यदि हाँ तो कब? (Wenn ja, wann?)

क्या आपको कोई ज्ञात एलर्जी है? यदि हाँ तो क्या? (Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?)

अन्य ज्ञात बीमारियां: (Sonstige bekannte Erkrankungen)

आँखों की समस्या का इतिहास, कृपया इस पर टिक करें:  
(Augenanamnese, bitte kreuzen Sie an:)

- ग्लूकोमा (हरा मोतियाबिंद) Glaukom (grüner Star)
- मोतियाबिंद (मोतियाबिंद) Katarakt (grauer Star)
- सट्रैबिस्मस (भेंगापन) Strabismus (Schielen)

क्या आप चश्मा या कॉन्टैक्ट लेंस पहनते हैं? Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

- हाँ (Ja)  नहीं (Nein)

आँखों की सर्जरी? यद्विहांतो क्या? (Augenoperationen? Wenn ja, welche?)

कब? (Wann?)

कौन सी आँख? (Welches Auge?)

- दाहिनी आँख (Rechts)  बाई आँख (Links)

क्या कोई आँख पहले से ही बंद की गई है (टैप की हुई)?  
(Wurde bereits ein Auge okkludiert (abgeklebt)?)

- हाँ (Ja)  नहीं (Nein)

कौन सी आँख? (Welches Auge?)

- दाहिनी आँख (Rechts)  बाई आँख (Links)

ऑक्लूजन लय: (Okklusionsrhythmus:)

---

---

नमिनलखित दवाईयों का नियमति सेवन: (Regelmäßige Einnahme von folgenden Medikamenten:)

---

---

---

---

कृपया अपनी अपॉइंटमेंट पर अधिकतम 2 लोगों के साथ और आवश्यक एक दुभाषिया के साथ आए ताकि हम आपको पर्याप्त रूप से जांच, उपचार और सलाह दे सकें।

(Bitte kommen Sie mit maximal 2 Personen zu Ihrem Termin und **unbedingt** mit einem Dolmetscher, damit wir Sie ausreichend untersuchen, behandeln und beraten können.)