

South Germany Services International

MEDICAL INFORMATION FORM

الرجاء طباعة الطلب و تعبئته و إرساله بالفاكس أو بالإيميل

Fax: + 4980317983412

info@sgs-international.de

Patient Surname _____ إسم المريض

Date _____ التاريخ

Date of Birth (MM/DD/YY) _____ تاريخ الميلاد

Height _____ الطول

Weight _____ الوزن

Disease(s) for which you are seeking treatment:

المرض الذي ترغب في معالجته

1.	2.
3.	4.

Please provide a brief history of your illness (including approximate dates) below. If you need more space, please use another sheet of paper.

الرجاء كتابة نبذة تاريخية عن المرض بما في ذلك التواريخ التقريبية, إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر للكتابة الرجاء استخدام ورقة خارجية

--

Symptoms:

الأعراض:

Symptom الأعراض	YES	NO	Details التفاصيل
Pain ألم			
Spasms تشنجات			
Weakness ضعف			
Loss of feeling فقدان الإحساس			
Loss of mobility صعوبة في النقل			
Loss of ability to speak فقدان القدرة على الكلام			
Loss of ability to understand spoken or written language فقدان القدرة على فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة			
Loss of muscle coordination فقدان التنسيق العضلي			
Paralysis شلل			

Current Medications – Please list all medications you are currently taking. If you already have a computer printout or another written list, you may submit that instead. الأدوية الحالية - الرجاء كتابة قائمة بجميع الأدوية التي تتخذ حاليا أو إذا كانت مكتوبة على قائمة الرجاء إرفاقها بدل الكتابة

Medication إسم الدواء	Dose الجرعات	How many times per day? كم مرة في اليوم

Are you taking any blood thinning medications? هل تأخذ أي أدوية مميعة للدم	YES	NO
If yes, please list here: إذا كان جوابك بنعم الرجاء الكتابة :		

Do you have any allergies or reactions to any medications? هل لديك حساسية أو ردود فعل على أي نوع من الأدوية	YES	NO
If yes, please list here: إذا كان جوابك بنعم الرجاء الكتابة :		
Please list all prior surgeries : الرجاء سرد كافة العمليات الجراحية السابقة:		
Procedure الإجراءات	Date التاريخ	
Please list any other Diseases or Chronic illnesses أمراض أخرى أو أمراض مزمنة		
Disease / Illness	Date Diagnosed	

تاريخ التشخيص	أمراض أخرى / أمراض مزمنة

If you listed cancer or any terminal disease, please give a brief description below .
إذا كان المرض المدرج نوع من أنواع السرطان أو مرض مزمن, يرجى تقديم وصف موجز أدناه.

Patient Signature _____

توقيع المريض

Surname patient:	إسم العائلة:
Initials:	الإسم الأول:
Address:	العنوان:
ZIP/City/ Country:	الرمز البريدي/ المدينة/ الدبلد:
Telephone:	الهاتف:
E-Mail:	البريد الإلكتروني :