

TEDESCO

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?

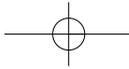
- 4) Lavora: a) all'aperto si no
b) in ambiente chiuso si no

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
2) Convivente con un partner? si no
3) Ha figli? si no
4) Quanti?
5) Di che età?
6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
3) Ritiene di essere in gravidanza? si no
4) Data delle ultime mestruazioni
Gennaio
Febbraio
Marzo
Aprile
Maggio
Giugno
Luglio
Agosto
Settembre 1 - 7
Ottobre 8 - 14
Novembre 15 - 21
Dicembre 22 - 31
5) È in menopausa? si no
6) Da quanti anni?
7) Ha dolori mestruali? si no
8) Ha perdite intermestruali? si no
9) Ha prurito vaginale? si no
10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
11) Sta allattando? si no
12) Prende la pillola? si no
13) Assume farmaci per la menopausa? si no
14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
15) Ha fatto un pap test? si no
16) Quando?



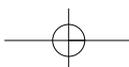
- 4) Arbeiten Sie: a) im Freien ja nein
 b) in einer geschlossenen Umgebung ja nein

5. FAMILIEN-UND KRANKHEITSGESCHICHTE

- 1) Sind Sie verheiratet? ja nein
 2) Leben Sie mit einem Partner zusammen? ja nein
 3) Haben Sie Kinder? ja nein
 4) Wie viele?
 5) In welchem Alter?
 6) Leiden Ihre Familienmitglieder an einer schweren Krankheit wie a) Diabetes/
 b) arterieller Bluthochdruck/ c) Herzkrankheiten/ d) genetische Krankheiten/
 e) Allergien/ f) Tumore/ g) Tuberkulose/ h) HIV-Infektion/ i) Hepatitis/ l) Lepra?
 7) Nehmen oder nahmen Sie Drogen? ja nein

6. GYNÄKOLOGISCHE KRANKHEITSGESCHICHTE

- 1) Wann hatten Sie Ihre erste Menstruation?
 2) War Ihre Schwangerschaft: a) normal ja nein
 b) Gab es Komplikationen ja nein
 c) Hatten Sie Fehlgeburten ja nein
 3) Sind Sie schwanger? ja nein
 4) Datum der letzten Blutung
 Januar
 Februar
 März
 April
 Mai
 Juni
 Juli
 August
 September 1 - 7
 Oktober 8 - 14
 November 15 - 21
 Dezember 22 - 31
 5) Sind Sie in den Wechseljahren? ja nein
 6) Seit wie vielen Jahren?
 7) Haben Sie Menstruationsbeschwerden? ja nein
 8) Haben Sie Zwischenblutungen? ja nein
 9) Leiden Sie an vaginalem Juckreiz? ja nein
 10) Haben Sie Schmerzen während des Verkehrs? ja nein
 11) Stillen Sie? ja nein
 12) Nehmen Sie die Pille? ja nein
 13) Nehmen Sie Medikamente für die Wechseljahre ja nein
 14) Hat man Ihnen eine Spirale eingesetzt (IUD)? ja nein
 15) Haben Sie einen Abstrich machen lassen ja nein
 16) Wann?



- 17) Ha fatto una mammografia? si no
 18) Quando?

7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se sì, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no

- 17) Haben Sie eine B Mammographie machen lassen? ja nein
 18) Wann?

7. KRANKHEITSGESCHICHTE/GESPRÄCH MIT DEM ARZT

- 1) Haben Sie Unterlagen über Ihre a) Arztbesuche/ b) Krankenhausaufenthalte/
 c) chirurgische Eingriffe/ d) Blutuntersuchungen/ e) sonstige Untersuchungen
 bei sich?
- 2) Hatten Sie: a) Chirurgische Eingriffe vornehmen lassen ja nein
 b) Arbeitsunfälle ja nein
 c) Unfälle zu Hause ja nein
- 3) Hatten Sie als Kind: a) die Windpocken ja nein
 b) die Masern ja nein
 c) die Röteln ja nein
 d) die Mumps ja nein
 e) Scharlach ja nein
 f) akutes arterielles Rheuma ja nein
- 4) Leiden Sie an: a) Asthma ja nein
 b) b1) Atmungsallergien/ b2) Lebensmittelallergien/
 b3) Hautallergien
- 5) Hatten Sie: a) Tuberkulose ja nein
 b) Hepatitis ja nein
 c) HIV-Infektion ja nein
 d) Lepra ja nein
- 6) Hatten Sie in der Vergangenheit einen Tumor? ja nein
- 7) Haben Sie sich in der Vergangenheit einer Strahlungs- oder
 Chemotherapie unterzogen? ja nein
- 8) Haben Sie in der Vergangenheit Bluttransfusionen erhalten? ja nein
- 9) Falls ja, wo und wann wurde das Blut übertragen?
- 10) Leiden Sie an einer Blutkrankheit? ja nein
- 11) Leiden Sie an der Bluterkrankheit? ja nein
- 12) Verlieren Sie Blut: a) im Stuhl ja nein
 b) im Urin ja nein
 c) in der Nase ja nein
 d) aus den Genitalien ja nein
 e) während Sie husten ja nein
- 13) Haben Sie Diabetes? ja nein
- 14) Leiden Sie an einer Krankheit: a) der Schilddrüse ja nein
 b) der Nebennieren ja nein
 c) der Hirnanhangdrüse ja nein
- 15) Leiden Sie an einer Nierenkrankheit? ja nein
- 16) Sind Sie in Dialyse? ja nein
- 17) Haben Sie eine Krankheit: a) am Magen ja nein
 b) an der Leber ja nein
 c) am Darm ja nein
- 18) Leiden Sie an einer chronischen Atemserkrankung? ja nein

- 19) Ha la pressione: a) alta si no
b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
a) infarto si no
b) angina si no
c) aritmia si no
- 21) È portatore di: a) protesi valvolari si no
b) pacemaker si no
c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea si no
b) stitichezza si no
- 23) Ha: a) dolori addominali si no
b) nausea si no
c) vomito si no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore si no
b) dolore si no
c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 28) Rigurgita il cibo? si no
- 29) È recentemente: a) diminuito si no
b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo si no
d) inguine si no
e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito si no
b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della: a) vista si no
b) udito si no
- 39) Soffre di: a) mal di denti si no
b) di gola si no
- 40) Ha: a) dolore al torace si no
b) tosse si no
c) catarro si no
- 41) Ha dolori: a) articolari si no
b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?

- 19) Haben Sie: a) hohen Blutdruck ja nein
 b) niedrigen Blutdruck ja nein
- 20) Haben Sie eine Herzkrankheit/ eine Krankheit der Blutgefäße?
 a) Infarkt ja nein
 b) Angina ja nein
 c) Herzrhythmusstörungen ja nein
- 21) Haben Sie: a) Herzklappenprothese ja nein
 b) Herzschrittmacher ja nein
 c) efibrillator ja nein
- 22) Haben Sie Darmbeschwerden: a) Durchfall ja nein
 b) Verstopfung ja nein
- 23) Haben Sie: a) Bauchschmerzen ja nein
 b) Übelkeit ja nein
 c) Brechreiz ja nein
- 24) Spüren Sie beim: a) Urinieren ein Brennen ja nein
 b) haben Sie Schmerzen ja nein
 c) Schwierigkeiten beim Urinieren ja nein
- 25) Haben Sie Erektionsprobleme? ja nein
- 26) Haben Sie Schluckbeschwerden? ja nein
- 27) Erbrechen Sie die Nahrung? ja nein
- 28) Haben Sie in der letzten Zeit an Gewicht: a) verloren ja nein
 b) zugenommen ja nein
- 29) Wie viel und in welchem Zeitraum?
- 30) Haben Sie Fieber? ja nein
- 31) Wie hoch ist es?
- 32) Seit wann?
- 33) Haben Sie a) eine Schwellung/ b) Schmerzen der Drüsen?
 c) am Hals ja nein
 d) an den Leisten ja nein
 e) in den Achselhöhlen ja nein
- 34) Fühlen Sie sich müde? ja nein
- 35) Leiden oder litten Sie an einer Hautkrankheit? ja nein
- 36) Sie auf der Haut: a) einen Juckreiz ja nein
 b) ein Brennen ja nein
- 37) Wo genau?
- 38) Haben Sie: a) Sehstörungen ja nein
 b) Hörprobleme ja nein
- 39) Leiden Sie an: a) Zahnschmerzen ja nein
 b) Halsschmerzen ja nein
- 40) Haben Sie: a) Schmerzen im Brustkorb ja nein
 b) Husten ja nein
 c) Katarr ja nein
- 41) Haben Sie: a) Gliederschmerzen ja nein
 b) Muskelschmerzen ja nein
- 42) Wo genau?

- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di: a) ansia si no
b) depressione si no
c) variazioni dell'umore si no
- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
b) incidenti stradali si no
c) è stato ferito si no
d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
b) a camminare si no
c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
b) pronunciare le parole si no
c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
b) dolore si no
c) pallore si no
d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
b) mentre cammina si no
c) mentre corre si no
d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida

- 43) Leiden Sie an Kopfschmerzen? ja nein
- 44) Leiden Sie an: a) Angstgefühlen ja nein
 b) Depression ja nein
 c) Stimmungsschwankungen ja nein
- 45) Wurden Sie: a) operiert ja nein
 b) ins Krankenhaus eingeliefert ja nein
- 46) Wann und in welches Krankenhaus?
- 47) Hatten Sie: a) ein Trauma ja nein
 b) einen Autounfall ja nein
 c) wurden Sie verletzt ja nein
 d) wurden Sie genäht ja nein
- 48) Mussten Sie: a) einen Gips tragen ja nein
 b) ruhig gestellt ja nein
- 49) Haben Sie Probleme: a) sich zu bewegen ja nein
 b) zu laufen ja nein
 c) das Gleichgewicht zu halten ja nein
- 50) Haben Sie Schwierigkeiten: a) zu sprechen ja nein
 b) e auszusprechen ja nein
 c) zu verstehen, was man Ihnen sagt? ja nein
- 51) Haben Sie Gedächtnisschwierigkeiten? ja nein
- 52) Haben Sie eine Gliedern festgestellt?: a) Schwellung ja nein
 b) Schmerzen ja nein
 Bläss ja nein
 Blausucht an den ja nein
- 53) Haben Sie Probleme wenn: a) Sie sich ausruhen ja nein
 b) Sie gehen ja nein
 c) Sie rennen ja nein
 d) Sie die Treppe hochsteigen? ja nein
- 54) Wie viele Kissen benutzen Sie zum Schlafen?
- 55) Hatten Sie: a) gelegentlichen Geschlechtsverkehr ja nein
 b) homosexuellen Verkehr ja nein
- 56) Wurde eine Organtransplantation vorgenommen? ja nein
- 57) Haben Sie eine körperliche, psychische, sensorische Behinderung? ja nein
- 58) Haben/hatten die Personen, mit denen Sie leben, die gleichen Symptome? ja nein

8. ARZTBESUCH

- 1) Bitte machen a) Sie sich frei/ b) ziehen Sie sich an
- 2) Bitte setzen a) Sie sich/ b) legen Sie sich/ c) legen Sie sich auf den Rücken/
 d) legen Sie sich auf den Bauch/ e) legen Sie sich auf die rechte Seite/
 f) auf die linke Seite/ g) stellen Sie sich
- 3) Ich messe Ihnen a) den Blutdruck/ b) den Puls/ c) die Temperatur
- 4) a) Öffnen/ b) schließen Sie bitten den Mund
- 5) a) Atmen Sie/ b) halten Sie den Atem an/ c) husten Sie/ d) den Bauch entspannen

- 6) Fa male? si no
 7) Sente? si no
 8) Non sente? si no
 9) Stringa la mia mano
 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
 11) Chiuda gli occhi
 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/ e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/ h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/ c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/ g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/ m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?

- 6) Tut das weh? ja nein
- 7) Spüren Sie das? ja nein
- 8) Spüren Sie nichts? ja nein
- 9) Schließen Sie fest die Hand
- 10) Heben Sie das Bein a) hoch/ b) den Arm
- 11) Schließen Sie die Augen
- 12) Gehen Sie 7 Schritte a) vor/ b) zurück
- 13) Messen Sie zu Hause a) die Temperatur/ b) den Blutdruck
- 14) Kommen Sie am ... zur Kontrolle wieder

9. FRAGE NACH BLLUTUNTERSUCHUNGEN/SONSTIGEN UNTERSUCHUNGEN

- 1) Wurden Sie aufgrund einer Krankheit oder aufgrund Ihrer Einkünfte von etwas freigestellt? ja nein
- 2) Beziehen Sie eine Invalidenrente? ja nein
- 3) Wurden Sie wegen ziviler Invalidität freigestellt? ja nein
- 4) Sind Sie versichert? ja nein
- 5) Sie müssen a) das Blut/ b) den Urin/ c) den Stuhl untersuchen lassen
- 6) Sie müssen eine a) Röntgenuntersuchung/ b) Ultraschalluntersuchung/ c) CT Computertomographie/ d) RMN Magnetische Resonanzuntersuchung/ e) EKG Elektrokardiogramm/ f) Ultraschall-Kardiogramm/ g) Ultraschall-Doppler-Untersuchung/ h) Magenspiegelung/ i) Rückradspiegelung machen lassen
- 7) Sie müssen einen Termin vereinbaren beim Spezialisten für
 - a) Infektionskrankheiten/ b) Herzkrankheiten/ c) Orthopädie/ d) Neurologie/ e) Gynäkologie/ f) Hautkrankheiten/ g) Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten/ h) Chirurgie/ i) Kinderkrankheiten/ l) Augenkrankheiten/ m) Zahnmedizin/ n) Hämatologie/ o) Urologie
- 8) Vereinbaren Sie eine a) erste Untersuchung/ b) Kontrolluntersuchung/ c) eine eilige Untersuchung bei
- 9) Sie müssen zur Erste-Hilfe-Station gehen
- 10) Sie müssen zur Erste-Hilfe-Station gehen
- 11) Sie müssen sich einer a) Rehabilitationstherapie/ b) Physiotherapie (c) Ionophorese/ d) Massagen/ e) TENS-Behandlungen/ f) Infiltrationen/ g) unterziehen)

10. MEDIKAMENTE/IMPFUNGEN

- 1) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
- 2) Welche?
- 3) Für welche Krankheit?
- 4) Seit wann haben Sie die Medikamente abgesetzt?
- 5) aben Sie eine komplette Liste der Medikamente, die Sie einnehmen? ja nein
- 6) Machen Sie zur Zeit eine:
 - a) Anti-Blutgerinnungstherapie ja nein
 - b) Chemotherapie ja nein
- 7) Nehmen Sie homöopathische Produkte oder Heilkräuter? ja nein
- 8) Welche?

- 9) Da quanto tempo?
- 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? sì no
- 11) Quando?
- 12) Quale?
- 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? sì no
- 14) Per quali farmaci?
- 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
e) cucchiari di sciroppo
- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 9) Seit wann?
- 10) Haben Sie sich impfen lassen? ja nein
- 11) Wann?
- 12) Gegen was?
- 13) Haben Sie in der Vergangenheit allergisch auf
Medikamente reagiert? ja nein
- 14) Auf welche Medikamente?
- 15) Wann?

11. THERAPEUTISCHE VERSCHREIBUNGEN

Ich verschreibe Ihnen:

- 1) a) Kompressen/ b) Tabletten/ c) Tropfen/ d) Kapseln/ e) Esslöffel Saft zu schlucken
- 2) mit auszuspülen
- 3) mit Umschläge zu machen
- 4) mit Bäder zu nehmen
- 5) a) Aerosol/ b) Inhalationen zu machen
- 6) Injektionen a) in die Muskeln/ b) Venen/ c) unter die Haut vornehmen zu lassen
- 7) a) Brausetabletten/ b) Tütchen/ c) Ampullen/ d) Pulver aufzulösen
- 8) a) Creme/ b) Salbe/ c) Tinktur/ d) Lösungen aufzutragen – einzuschmieren
- 9) a) Zäpfchen/ b) Vaginalzäpfchen/ c) Scheidenzäpfchen einzuführen

Das Medikament soll wie folgt eingenommen werden:

- 10) a) täglich/ b) jeden zweiten Tag/ c) einmal - d) zweimal - wöchentlich/
e) je nach Bedarf
- 11) a) am Vormittag/ b) am Abend/ c) am Nachmittag/ d) zur gleichen Uhrzeit/
e) morgens und abends
- 12) vormittags, nachmittags und abends
- 13) a) vor/ b) nach/ c) auf vollen Magen/ d) auf leeren Magen
- 14) a) für ... Tage/ b) für Wochen/ c) für Monate/ d) immer

Bringen Sie dieses Rezept in die Apotheke

- a) Sie müssen nichts bezahlen
- b) Sie zahlen das Ticket
- c) Sie zahlen den kompletten Preis

12. ATTEST

- 1) Ich stelle Ihnen folgendes Attest aus Gesundheitsbescheinigung
 - a) Attest für die Versicherung
 - b) Attest zum Antrag auf Krankengeld
 - c) Attest für sportliche Aktivitäten
 - d) Arbeitsunfallbescheinigung für ersten
 - e) e1) Arbeitsvertrag/ e2) kontinuierlichen
Arbeitsvertrag/ e3) auslaufender Arbeitsvertrag

WENN SIE EINEN ARZT ODER EINEN APOTHEKER BRAUCHEN

SE TI OCCORREN UN MEDICO O FARMACISTA

Dottore ho dolore alla testa	Herr/Frau Doktor, ich habe Kopfschmerzen
Dottore mi bruciano gli occhi	Doktor, meine Augen brennen
Dottore ho dolore alla gola	Doktor, ich habe Halsweh
Dottore ho dolore ai denti	Doktor, ich habe Zahnschmerzen
Dottore ho mal d'orecchio	Doktor, meine Ohren schmerzen
Dottore ho il raffreddore	Doktor, ich bin erkältet
Dottore mi esce sangue dal naso	Doktor, meine Nase blutet
Dottore ho la febbre	Doktor, ich habe Fieber
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo Hustensaft	Doktor, ich habe Husten und bräuchte einen
Dottore ho le vertigini	Doktor, mir ist schwindelig
Dottore ho mal di stomaco	Doktor, ich habe Magenschmerzen
Dottore ho la diarrea	Doktor, ich habe Durchfall
Dottore ho mal di pancia	Doktor, ich habe Bauchschmerzen
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	Doktor, a) mein Rücken/ b) mein Arm/ c) meine Hand/ d) mein Fuß/ e) mein Knie/ f) mein Knöchel tut weh
Dottore mi sono ustionato	Doktor, ich habe mich verbrannt
Dottore mi sono scottato al sole	Doktor, ich habe einen Sonnenbrand
Dottore ho rotto la dentiera	Doktor, meine dritten Zähne sind beschädigt
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	Doktor, ich brauche ein Antineuralgikum
Dottore ho il naso chiuso	Doktor, ich bekomme keine Luft durch die Nase
Dottore vorrei un lassativo	Doktor, ich bräuchte ein Abführmittel
Dottore vorrei un collirio	Doktor, ich bräuchte ein Augenwasser
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	Doktor, ich bräuchte etwas gegen Menstruationsbeschwerden
Dottore soffro di a) mal d'auto/ b) aereo	Doktor, mir wird im a) Auto/ b) Flugzeug übel
Dottore come si prende questo medicinale?	Doktor, wie wird diese Medizin eingenommen?
Dottore quante volte al giorno?	Doktor, wie oft am Tag?
Dottore ho una puntura di insetto	Doktor, ich wurde von einem Insekt gestochen
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	Doktor, ich habe Krampfadern und bräuchte eine Pomade
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	Doktor, ich bräuchte etwas gegen Stechmücken
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	Doktor, ich möchte meinen Blutdruck messen lassen
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	Ich bräuchte a) Verbandwatte/ b) Mull/ c) eine Binde
Dottore ho bisogno di un cerotto	Ich bräuchte ein Pflaster
Dottore ho bisogno di un disinfettante	Ich bräuchte ein Desinfektionsmittel
Dottore ho bisogno di un termometro	Ich bräuchte ein Thermometer
Dottore vorrei una siringa	Ich bräuchte eine Spritze
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	Ich bräuchte eine Packung Damenbinden
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	Ich bräuchte eine Packung Windeln
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	Ich möchte mir Babynahrung aussuchen
Dottore ho bisogno di un dentifricio	Ich bräuchte Zahnpasta
Dottore ho bisogno di un collutorio	Ich möchte ein Mundwasser
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	Ich möchte ein homöopathisches Produkt
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	Ich möchte die Antibabypille
Dottore vorrei un antibiotico	Ich möchte ein Antibiotikum

Antibiotico	Antibiotikum
Analgesico/antidolorifico	Schmerzmittel
Antiparassitario	Schädlingsbekämpfungsmittel
Assorbenti	Binden
Biopsia	Biopsie
Bustine	Tütchen
Cerotto	Heftpflaster
Collutorio	Mundwasser
Colonscopia	Darmskopie
Compreste	Tablette
Crema	Creme
Dentifricio	Zahnpasta
Diabete	Diabetes
Disinfettante	Desinfektionsmittel
Ecografia	Ultraschalluntersuchung
Febbre	Fieber
Garza	Mull
Gastroscopia	Gastroskopie
Granulato	Granulat
Ipertensione	Bluthochdruck
Lassativo	Abführmittel
Lavanda ginecologica	Scheidenspülung
Lozione	Lotion
Mammografia	Mammographie
Ovuli	Eizelle
Pap-test	Abstrich
Pomata	Pomade
Prelievo del sangue	Blutentnahme
Radiografia	Röntgenaufnahme
Sedativo	Beruhigungsmittel
Sciroppo	Saft
Siringa	Spritze
Supposta	Zäpfchen
Spazzolino	Zahnbürste
Termometro	Thermometer
Test di gravidanza	Schwangerschaftstest
Tisana	Kräutertee
Vaccinazione	Impfung
Vaccino	Impfstoff