

Mein Kind hat / Çocuğumun hastalığı**Husten / Öksürük**

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

bellend / havlar gibi trocken / kuru bis zum Erbrechen / kusucak kadar bekommt schlecht Luft / nefes almakta zorluk çekiyor röchelt / hırıltılı zieht nach Luft / derin nefes alarak **Schnupfen / Nezle**

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

durchsichtig / şeffaf gelb-grün / sarı/yeşil verstopfte Nase / burnu tıkalı **Fieber / Ateş**

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

38 °C / 100.4 °F / 38 derece 35 °C / 95 °F / 35 derece 40 °C / 104 °F / 40 derece bis: / en fazla kaç derece **Ohrenschmerzen / Kulak ağrısı**

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

links / sol rechts / sağ beide Seiten / iki tarafta Ausfluss / akıntı

Halsschmerzen / Bogaz ağrısı

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

beim Schlucken / yutkunurken

die ganze Zeit / sürekli

heiser / ses kısılması

Bauchschmerzen / Karın ağrısı

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

Übelkeit / mide bulantısı

mit Erbrechen / kusmak

mit Durchfall / ishal

breiig / yumuşak

wässrig / sulu

gelblich / sarımsı

brennen beim Wasser lassen / idrar yaparken yanma

Blutig / kanlı

Augen / Göz

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

rechts / sağ

links / sol

beidseitig / iki taraflı

eitrig / iltihaplı

gerötet / kızarıklık

juckend / kaşıntılı

Haut / Cilt

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

fleckig / lekeli

Pickel / sivilceli

Rötung / kızarıklık

Bläschen / baloncuk

im Wickelbereich / bezleme yeri/alani

Vorhaut entzündet / iltihaplanmış sünnnet derisi

Vorhaut eng / dar olan sünnnet derisi

Warze / sığıl

Schmerzen / Ağrı

seit _____ Tagen/Wochen / ne zamandan beri? _____ gün/hafta

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Kopf / kafa | <input type="checkbox"/> |
| Glieder / eklem | <input type="checkbox"/> |
| Arm / kol | <input type="checkbox"/> |
| Hand / el | <input type="checkbox"/> |
| Fuß / ayak | <input type="checkbox"/> |
| Rücken / bel | <input type="checkbox"/> |
| Brustkorb / göğüs | <input type="checkbox"/> |
| Zeh / ayak parmağı | <input type="checkbox"/> |
| Generell / genellikle | <input type="checkbox"/> |
| Finger / | <input type="checkbox"/> |

Ich komme wegen einer / gelme nedenim

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Impfung / aşı | <input type="checkbox"/> |
| Vorsorge / genel kontrol | <input type="checkbox"/> |
| Desensibilisierung / alerji aşısı | <input type="checkbox"/> |
| Blutabnahme / kan aldırma | <input type="checkbox"/> |
| Hörtest / işitme testi | <input type="checkbox"/> |
| Sehtest / göz testi | <input type="checkbox"/> |
| Gespräch / danışma | <input type="checkbox"/> |