

Please fill this form

يرجى ملء هذا الإستبيان

I understand German أفهم اللغة الألمانية <input type="checkbox"/>	I understand English أفهم اللغة الانجليزية <input type="checkbox"/>	I understand only Arabic أفهم اللغة العربية فقط <input type="checkbox"/>
---	---	--

I want medicine for myself احتاج دواء لنفسي

I want medicine for someone else احتاج دواء لشخص آخر

I am pregnant أنا حامل

I am not pregnant أنا لست حامل

Diabetes mellitus مرض السكري <input type="checkbox"/>	Lung disease مرض الرئة <input type="checkbox"/>	Heart disease مرض القلب <input type="checkbox"/>	I have a chronic disease: مرض مزمن <input type="checkbox"/>
Stomach disease مرض المعدة <input type="checkbox"/>	Renal disease مرض الكلى <input type="checkbox"/>	Allergy الحساسية <input type="checkbox"/>	High blood pressure ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/>
		Epilepsy الصرع <input type="checkbox"/>	

I smoke regularly أدخن بانتظام

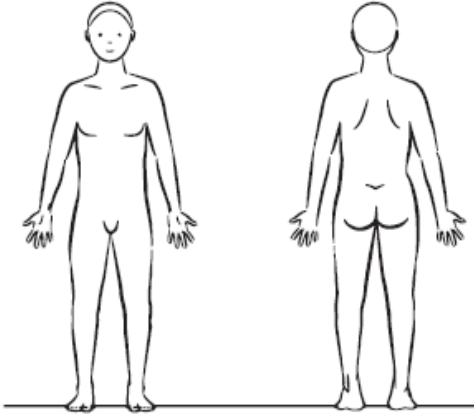
I do not smoke أنا لا أدخن

I regularly take medication. Please bring them with you to the pharmacy. أتناول دوائي بانتظام (الرجاء إحضار هذه الأدوية إلى الصيدلية)

I only take medication occasionally نادراً ما أتناول الدواء

I have the following issue for which I would like a medicine: لدي شكوى وأرغب في دواء

Pain ألم <input type="checkbox"/>	Toothache وجع الأسنان <input type="checkbox"/>	Headache صداع <input type="checkbox"/>	Backache آلام الظهر <input type="checkbox"/>	Stomach pain ألم المعدة <input type="checkbox"/>
Allergy حساسية <input type="checkbox"/>	Itching الحكة <input type="checkbox"/>	Cold زكام <input type="checkbox"/>	Wound جرح <input type="checkbox"/>	Earache ألم في الأذن <input type="checkbox"/>
Dry cough سعال <input type="checkbox"/>	Sore throat التهاب في الحلق <input type="checkbox"/>	Skin disease امراض الجلد <input type="checkbox"/>	Problems when swallowing صعوبات في البلع <input type="checkbox"/>	
Nausea غثيان <input type="checkbox"/>	Vomiting قيء <input type="checkbox"/>	Constipation إمساك <input type="checkbox"/>	Diarrhea إسهال <input type="checkbox"/>	Heartburn حرقة <input type="checkbox"/>
Menstruation pain / cramps تشنجات الحيض <input type="checkbox"/>			Sleep disorder أرق <input type="checkbox"/>	Eye disease أمراض العين <input type="checkbox"/>



Please indicate the location of your problems
يرجى الإشارة إلى موقع المشكلة

The problem started: بدأت المشكلة

Less than one day يوم واحد من أقل <input type="checkbox"/>	1-2 days من يوم واحد إلى يومين <input type="checkbox"/>	Longer than 2 days أكثر من يومين <input type="checkbox"/>
I have no fever ليس لدي أي حمى <input type="checkbox"/>	I have a light fever لدي حرارة خفيفة <input type="checkbox"/>	I have high fever لدي حرارة عالية <input type="checkbox"/>

I have already discussed my problems with a doctor لقد سبق لي وان كلمت الطبيب علي مشاكلي

I have not yet presented my problems to a doctor لم اتقدم بشكوى للطبيب بعد

Please measure my blood pressure يرجى قياس ضغط الدم

I need condoms أحتاج الواقي الذكري

شكراً لزيارة صيدليتنا
Name and address of the pharmacy
إسم و عنوان الصيدلية

We ordered the drug for you. Please pick it up tomorrow. لقد طلبنا لك الدواء غدا لتأخذه

The drug does not cost anything for you. الدواء قدم لك مجانا

The medicine costs € هذا الدواء يكلف €

We advise you to go to the doctor. ننصحك بزيارة الطبيب

Please go to the doctor if the complaints have not improved within two days. قم بزيارة الطبيب اذا لم تشفى بعد يومين


Address of a doctor in the vicinity: عنوان الطبيب المجاور لك

Name of the medicine اسم الطبيب التاريخ Date

You will receive a medicine سوف تتلقى الدواء

<input type="checkbox"/> For oral use عن طريق الفم	<input type="checkbox"/> To apply on the skin أن يطبق على الجلد
<input type="checkbox"/> For spraying in the nose من الانف	<input type="checkbox"/> For inhalation للاستنشاق
<input type="checkbox"/> A drop in the eye عن طريق العين	<input type="checkbox"/> A drop in the ear قطرة في الأذن
<input type="checkbox"/> To be inserted in the rectum عن طريق الشرج	<input type="checkbox"/> For injection by the doctor للحقن مع الطبيب

How to take it / apply it كيف تأخذه / تطبيقه

	<input type="checkbox"/> Once a day مرة في اليوم	<input type="checkbox"/> Twice a day مرتين في اليوم	
	<input type="checkbox"/> Three times a day ثلاث مرات باليوم	<input type="checkbox"/> If necessary عند الحاجة	
	<input type="checkbox"/> Morning صباحا	<input type="checkbox"/> Noon في الظهر	<input type="checkbox"/> Evening في المساء
	<input type="checkbox"/> Half tablet نصف حبة	<input type="checkbox"/> One tablet حبة واحدة	<input type="checkbox"/> Two pieces قرصان
<input type="checkbox"/> 30 minutes before the meal نصف ساعة قبل الأكل	<input type="checkbox"/> Two hours after the meal ساعتان بعد الأكل		
<input type="checkbox"/> During meal مع الأكل	<input type="checkbox"/> Morning before breakfast قبل فطور الصباح		
<input type="checkbox"/> Take with a full glass of water يؤخذ مع كأس من الماء			
<input type="checkbox"/> Look at the demonstration of the use of the medicines in the pharmacy اسأل الصيدلي عن طريقة أخذ هذا الدواء			
<input type="checkbox"/> Please store the medicine in a cool place يحفظ في التلاجة			
<input type="checkbox"/> Keep the medicines out of reach of the children يحفظ بعيدا عن الاطفال			