



Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte
Health Service Executive



Emergency Multilingual Aid

A multilingual, illustrated communication
phrasebook, for use by patients and staff

English / German



Contents

Admission.....	1
Assessment.....	13
Clinical Care.....	29
Maternity.....	43
Discharge Questions.....	57
Patient's Questions.....	61

Section 1 - Admission

1. Hello

1. Guten Tag

**2. What is your name?
Can you write it in English?**

**2. Wie ist Ihr Name?
Können Sie ihn bitte
schreiben?**

3. What is your date of birth?

3. Geben Sie Ihr Geburtsdatum an.

Day

Tag

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Month

Monat

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Year

Jahr

1

2

3

4

5

6

7

8

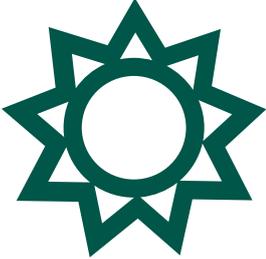
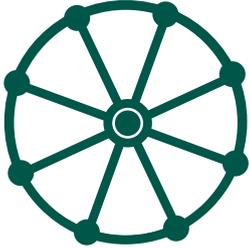
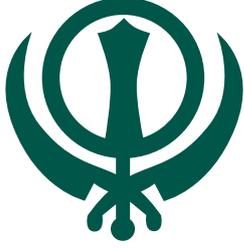
9

0

4. What is your country of origin?

4. Geben Sie Ihr Herkunftsland an.

5. What is your ethnic or cultural background?	5. Geben Sie Ihre ethnische bzw. kulturelle Zugehörigkeit an.
a. White	a. Weiß
Irish	Irisch (weiß)
Irish Traveller	Irischer “Traveller”
any other white background	sonstige Zugehörigkeit (weiß)
b. Black or Black Irish	b. Schwarzer oder Ire mit schwarzer Hautfarbe
African	Afrikaner
any other black background	sonstige Zugehörigkeit (schwarz)
c. Asian or Asian Irish	c. Asiate oder Irisch-Asiate
Chinese	Chinesen
any other Asian background	sonstige asiatische Zugehörigkeit
d. Other	d. Sonstige,
including mixed background	einschließlich Angehörige mehrerer ethnischer und kultureller Gruppen

6. What is your religion?		6. Geben Sie Ihre Religionszugehörigkeit an.	
 <p>Bahái Bahai</p>	 <p>Buddhist Buddhistisch</p>	 <p>Christian Christlich</p>	 <p>Hindu Hinduistisch</p>
 <p>Jain Jain</p>	 <p>Jewish Jüdisch</p>	 <p>Muslim Muslimisch</p>	 <p>Seikh Sikh</p>

7. Write your address in Ireland

7. Geben Sie Ihre Anschrift in Irland an.

8. Can you please write the name, telephone number and address in English of someone we can contact for you?

8. Können Sie Namen, Telefonnummer und Anschrift einer Kontaktperson, an die wir uns für Sie wenden können, auf Englisch aufschreiben?

Ja

Yes

Nein

No

**Weiß nicht
Don't Know**

9. Are you married?

9. Sind Sie verheiratet?

Ja

Yes

Nein

No

10. I am your	10. Ich bin Ihr/Ihre
Nurse	Krankenschwester
Doctor	Arzt
Occupational Therapist	Ergotherapeut
Physiotherapist	Physiotherapeut
Social worker	Sozialarbeiter
Pharmacist	Apotheker
Midwife	Hebamme
Dietician	Ernährungsberater

11. Have you been to this hospital before?	11. Waren Sie bereits einmal in diesem Krankenhaus?
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #2c5e5e; color: white; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> Ja Yes </div> <div style="background-color: white; color: #2c5e5e; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> Nein No </div> <div style="background-color: #c6e0b4; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> Weiß nicht Don't Know </div> </div>

12. Have you ever been treated in another hospital in Ireland?

12. Wurden Sie schon einmal in einem anderen Krankenhaus in Irland behandelt?

Ja

Nein

Yes

No

13. Can you write the name of your family doctor (GP) in Ireland?

13. Können Sie mir den Namen Ihres Hausarztes (GP) in Irland aufschreiben?

Ja

Nein

Yes

No

14. Do you have a medical card number?

Can you show me the medical card?

14. Besitzen Sie eine „Medical Card“ Nummer?

Haben Sie die „Medical Card“ bei sich?

Ja

Nein

Weiß nicht
Don't Know

Yes

No



15. The name of this hospital is

.....

15. Der Name dieses Krankenhauses ist

.....

16. The name of this ward is

.....

16. Der Name dieser Krankenstation ist

.....

17 . The telephone number of the ward is

.....

17 . Die Telefonnummer dieser Krankenstation ist

.....

18. You are being moved to another ward

18. Sie werden in eine andere Krankenstation verlegt.

19. The name of the ward you are being moved to is

.....

19. Der Name der Krankenstation, in die Sie verlegt werden, lautet

.....

20. The visiting hours are strictly

from to

and from to

20. Die Besuchszeiten sind strikt

von..... bis

und von bis

**21. I will call the agency and
ask for an interpreter**

**21. Ich werde die Agentur
anrufen und einen
Dolmetscher anfordern.**

Section 2 – Assessment

22. How long have you been ill?

22. Wie lange sind Sie schon krank?

Hours

Stunden

1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

Days

Tage

1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

Weeks

Wochen

1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

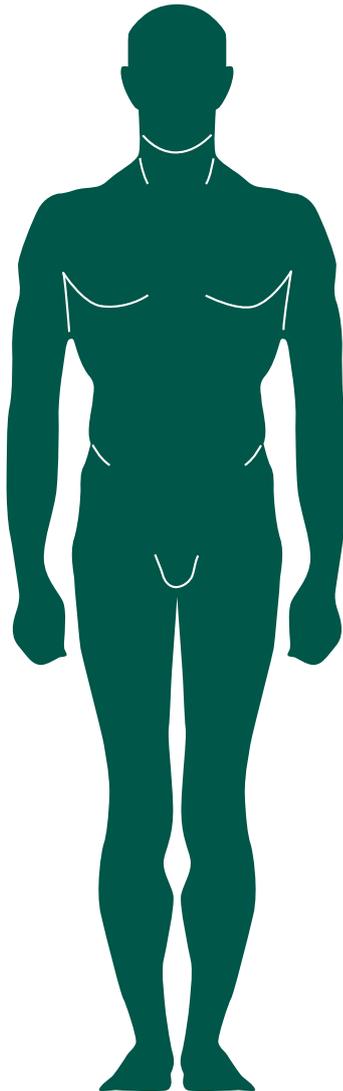
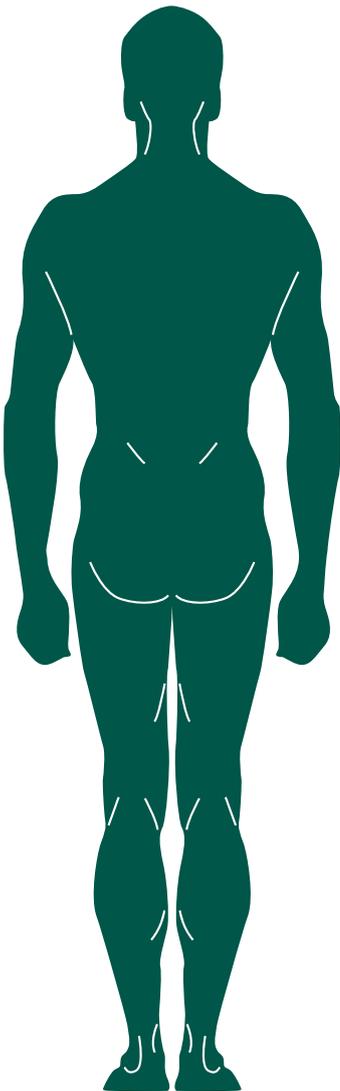
Months

Monate

1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

**23. Do you have any pain?
Point where**

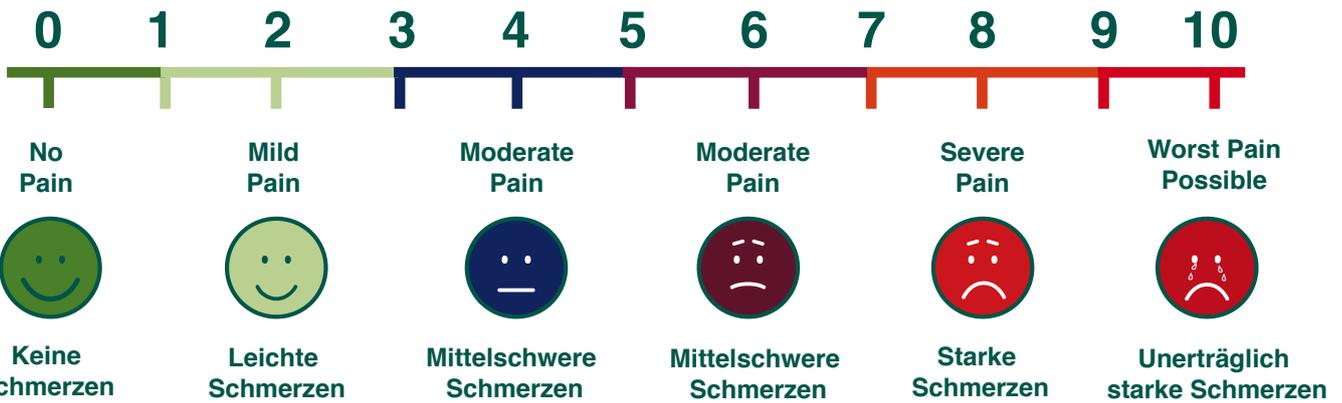
**23. Haben Sie Schmerzen?
Zeigen Sie mir bitte, wo.**



When did it start?	Wann haben die Schmerzen angefangen?										
<p>Hours ago</p>	<p>Vor ... Stunden</p> <table border="1" data-bbox="900 651 1404 844"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Days ago</p>	<p>Vor ... Tagen</p> <table border="1" data-bbox="900 1028 1404 1220"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Weeks ago</p>	<p>Vor ... Wochen</p> <table border="1" data-bbox="900 1402 1404 1594"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Months ago</p>	<p>Vor ... Monaten</p> <table border="1" data-bbox="900 1780 1404 1973"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							

24. How bad is the pain?

24. Wie stark sind die Schmerzen?



25. Have you had any bleeding?

25. Haben Sie geblutet?

Point where

Zeigen Sie mir, wo.

<p>26. Have you had an accident?</p>	<p>26. Hatten Sie einen Unfall?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Ja Yes</p> </div> <div style="background-color: white; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center; border: 1px solid #ccc;"> <p>Nein No</p> </div> </div>										
<p>When?</p>	<p>Wann?</p>										
<p>Hours ago</p>	<p>Vor ... Stunden</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: separate; border-spacing: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">1</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">2</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">3</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">4</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">6</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">7</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">8</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">9</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Days ago</p>	<p>Vor ... Tagen</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: separate; border-spacing: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">1</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">2</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">3</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">4</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">6</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">7</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">8</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">9</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Weeks ago</p>	<p>Vor ... Wochen</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: separate; border-spacing: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">1</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">2</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">3</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">4</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">6</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">7</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">8</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">9</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Months ago</p>	<p>Vor ... Monaten</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: separate; border-spacing: 5px;"> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">1</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">2</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">3</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">4</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">6</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">7</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">8</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">9</td> <td style="background-color: #1a522d; color: white; padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							

27. Did you lose consciousness?

27. Sind Sie bewusstlos geworden?

Ja

Nein

**WeiB
nicht
Don't
Know**

Yes

No

28. Are you taking any medications (for example tablets) now?

28. Nehmen Sie momentan Medikamente (zum Beispiel Tabletten) ein?

Ja

Nein

Yes

No

Do you have some with you?

Haben Sie sie bei sich?

Ja

Nein

Yes

No

Can you show them to me please?

Können Sie sie mir bitte zeigen?

29. Do you have any allergies?

29. Haben Sie irgendwelche Allergien?

Ja

Yes

Nein

No

**Weiß
nicht
Don't
Know**

<p>30. Are you allergic to any medication</p>	<p>30. Sind Sie gegen bestimmte Medikamente allergisch</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="background-color: #2e7d72; color: white; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Ja Yes</p> </div> <div style="background-color: white; color: #2e7d72; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Nein No</p> </div> <div style="background-color: #d9ead3; color: #2e7d72; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Weiß nicht Don't Know</p> </div> </div>
<p>Penicillin?</p>	<p>gegen Penizillin?</p>
<p>Aspirin?</p>	<p>gegen Aspirin?</p>
<p>Any others?</p>	<p>oder gegen ein anderes Medikament?</p>

31. Do you have diabetes?

31. Haben Sie Diabetes?

Ja

Yes

Nein

No

**Weiß
nicht
Don't
Know**

32. Do you have asthma?

32. Haben Sie Asthma?

Ja

Yes

Nein

No

**Weiß
nicht
Don't
Know**

33. Have you ever had	33. Hatten Sie jemals
Heart problems	Herzprobleme <input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> Weiß nicht Don't Know
High Blood pressure	einen hohen Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> Weiß nicht Don't Know
Heart attack	einen Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> Weiß nicht Don't Know
Hepatitis	Hepatitis <input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> Weiß nicht Don't Know
Cancer	Krebs <input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No <input type="checkbox"/> Weiß nicht Don't Know

34. Are you pregnant?

34. Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Weiß
nicht
Don't
Know

Yes

No

35. Do you have epilepsy?

35. Leiden Sie unter Epilepsie?

Ja

Nein

Weiß
nicht
Don't
Know

Yes

No

36. Have you ever had MRSA?

36. Hatten Sie bereits einmal
MRSA?

Ja

Nein

Weiß
nicht
Don't
Know

Yes

No

<p>37. a) Do you have a cough?</p>	<p>37. a) Haben Sie Husten?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #2e7d72; color: white; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Ja Yes</p> </div> <div style="background-color: white; color: #2e7d72; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Nein No</p> </div> </div>					
<p>b) Do you cough anything up?</p>	<p>b) Husten Sie Schleim aus?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #2e7d72; color: white; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Ja Yes</p> </div> <div style="background-color: white; color: #2e7d72; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Nein No</p> </div> <div style="background-color: #c6d9e0; color: #2e7d72; padding: 10px; border-radius: 5px; text-align: center;"> <p>Weiß nicht Don't Know</p> </div> </div>					
<p>If yes, what colour?</p>	<p>Falls ja, welche Farbe?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>White Weiß</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 10px;"> <div style="background-color: #c6e0b4; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Yellow-green gelblich-grün</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 10px;"> <div style="background-color: #e31a1c; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Red rot</p> </td> <td style="padding: 10px;"> <div style="background-color: #993300; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Brown braun</p> </td> </tr> </table>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>White Weiß</p>	<div style="background-color: #c6e0b4; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Yellow-green gelblich-grün</p>	<div style="background-color: #e31a1c; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Red rot</p>	<div style="background-color: #993300; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Brown braun</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>White Weiß</p>	<div style="background-color: #c6e0b4; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Yellow-green gelblich-grün</p>					
<div style="background-color: #e31a1c; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Red rot</p>	<div style="background-color: #993300; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Brown braun</p>					

38. Do you smoke?

**This is a no-smoking
hospital**

38. Rauchen Sie?

Ja

Yes

Nein

No

**Dies ist ein rauchfreies
Krankenhaus.**

39. Are you feeling sick?

39. Ist Ihnen übel?

Ja

Yes

Nein

No

40. Have you vomited?

40. Haben Sie sich übergeben?

Ja

Nein

Yes

No

**41. Do you have any
diarrhoea?**

41. Haben Sie Durchfall?

Ja

Nein

Yes

No

Section 3 – Clinical care

42. Can I examine you?

42. Darf ich Sie untersuchen?

Ja

Nein

Yes

No

43. Would you like to be examined by a male or female doctor?

43. Möchten Sie von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht werden?

Male

Männlicher Arzt

Female

Ärztin

No Preference

Egal

44. No female doctor is available right now

44. Zur Zeit ist keine Ärztin verfügbar.

45. No male doctor is available right now

45. Zur Zeit ist kein männlicher Arzt verfügbar.

46. Lie down

46. Legen Sie sich hin.

47. This might be uncomfortable

47. Dies ist möglicherweise etwas unangenehm.

48. I will examine your		48. Ich werde Ihre/n	
Head Kopf	Ears Ohren	Eyes Augen	Neck Hals
Shoulder Schultern	Chest Brust	Stomach Bauch	Legs Beine
Skin Haut untersuchen			

49. I will take your blood pressure	49. Ich werde Ihren Blutdruck messen.
--	--

50. I will listen to your chest	50. Ich werde Ihre Brust abhören.
--	--

**51. I will take an ECG
(electrical trace of the heart)**

**51. Ich werde ein EKG
durchführen (elektrische
Aufzeichnung der
Herzschläge).**



52. I will take your temperature

**52. Ich werde Ihre Temperatur
messen.**

53. I will take your pulse

**53. Ich werde Ihren Puls
fühlen.**

**54. I will take a sample of your
blood**

**54. Ich werde eine Blutprobe
entnehmen.**

55. Take off any jewellery

**55. Nehmen Sie bitte Ihren
Schmuck ab.**

56. I need to send you for an x-ray

56. Ich muss Sie zum Röntgen schicken.



57. Pass urine into this container

57. Geben Sie eine Urinprobe in diesem Behälter ab.

58. Cough phlegm into this container

58. Husten Sie Schleim in diesen Behälter aus.

59. Do not eat or drink anything

59. Sie dürfen nichts essen und trinken.



60. Stay in bed

60. Bleiben Sie im Bett.

61. Do not sit up

61. Sie dürfen sich nicht aufrichten.

62. You can get up now

62. Sie dürfen jetzt aufstehen.



63. You need to stay in hospital - please wait here until the ward has an available bed

63. Sie müssen im Krankenhaus bleiben. Bitte warten Sie hier, bis auf der Krankenstation ein Bett frei wird.

64. Breathe out

64. Atmen Sie aus.

65. Breathe in

65. Atmen Sie ein.

66. Hold your breath

66. Halten Sie den Atem an.

67. Stand up

67. Stehen Sie auf.

68. Sit down

68. Setzen Sie sich hin.

69. Lie down

69. Legen Sie sich hin.

70. Lie on your

side

back

front

70. Legen Sie sich

auf die Seite

auf den Rücken

auf den Bauch

71. Wear this	71. Tragen Sie
mask	diese Maske 
apron	diesen Umhang 
pair of gloves	diese Handschuhe 

72. Wash your hands

72. Waschen Sie Ihre Hände.

**73. Do you have dentures
(false teeth)?**

73. Tragen Sie ein Gebiss?

Ja

Nein

Yes

No

**74. Please take out your
dentures**

**74. Nehmen Sie bitte Ihr
Gebiss heraus.**

<p>75. When did your last menstrual period begin?</p>	<p>75. Wann hat Ihre letzte Periode angefangen?</p>										
<p>Year</p>	<p>Jahr</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Month</p>	<p>Monat</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Week</p>	<p>Woche</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							
<p>Day</p>	<p>Tag</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	0							

76. We will do a pregnancy test **76. Wir werden einen Schwangerschaftstest durchführen.**

77. Your procedure should take place

this morning

this afternoon

77. Der Eingriff wird

heute Morgen

**heute Nachmittag
vorgenommen**

78. We have to postpone your procedure for now

I am very sorry

78. Wir müssen den Eingriff vorerst verschieben.

Es tut uns sehr leid.



79. Please drink this

79. Trinken Sie dies bitte.

**80. Do not go to the toilet until
after the procedure**

**80. Sie dürfen erst wieder nach
dem Eingriff auf Toilette
gehen.**

Section 4 – Maternity

81. Do not eat or drink anything until after your procedure

81. Sie dürfen vor dem Eingriff nichts essen und trinken.

82. You must drink a litre of water to prepare for your ultrasound scan. Do not pass urine until after the scan

82. Sie müssen als Vorbereitung für die Ultraschalluntersuchung einen Liter Wasser trinken. Sie dürfen vor der Untersuchung nicht urinieren.

83. The ultrasound scan will allow us to check the baby

83. Wir können mithilfe des Ultraschalls Ihr Baby überprüfen.

84. This is the baby's heartbeat **84. Dies ist der Herzschlag des Babys.**

85. This is the baby's placenta (afterbirth) **85. Dies ist die Plazenta (Nachgeburt).**

86. I will listen to the baby's heartbeat **86. Ich werde den Herzschlag des Babys abhören.**

87. The monitor will check the baby's heartbeat

87. Der Monitor überprüft den Herzschlag des Babys.

88. That is very good, you are doing very well

88. Das ist sehr gut, sie machen das prima.

89. Do you need some pain relief?

89. Brauchen Sie Schmerzmittel?

Ja

Yes

Nein

No

**Weiß nicht
Don't Know**

90. If you breathe this gas in and out slowly, it will help to relieve the pain

90. Wenn Sie dieses Gas und den Sauerstoff langsam ein- und ausatmen, lindert dies die Schmerzen

91. The injection will help reduce the pain

91. Die Spritze hilft gegen die Schmerzen.

92. Do you have any bleeding?

92. Haben Sie Blutungen?

Ja
Yes

Nein
No

Weiß nicht
Don't Know

**93. A midwife or doctor will
examine you soon**

**93. Eine Hebamme/ein
Arzt wird Sie gleich
untersuchen.**

94. What is the date of your last menstrual period?

94. An welchem Datum hatten Sie Ihre letzte Periode?

Year

Jahr

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Month

Monat

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Week

Woche

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Day

Tag

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

95. How many weeks pregnant are you?

95. In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

96. What number pregnancy is this?

96. Die wievielte Schwangerschaft ist dies?

1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

97. Do you have contractions?

97. Haben Sie Wehen?

Ja Yes	Nein No	Weiß nicht Don't Know
------------------	-------------------	---------------------------------

98. What time did the contractions start?

98. Wann haben die Wehen begonnen?

Hours

vor ... Stunden

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Minutes

vor ... Minuten

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

99. How regular are your contractions?

99. Wie häufig kommen die Wehen?



100. Do you feel the baby coming?

100. Spüren Sie, ob das Baby schon kommt?

Ja

Nein

**Weiß nicht
Don't Know**

Yes

No

101. Have your waters broken?

101. Ist die Fruchtblase geplatzt?

Ja

Nein

**Weiß nicht
Don't Know**

Yes

No

102. Is there somebody with you?

102. Ist jemand bei Ihnen?

Ja

Nein

Yes

No



103. You will be having a caesarean section because the baby is distressed

103. Wir müssen einen Kaiserschnitt durchführen, da das Baby in Gefahr ist.

104. Breathe in and breathe out slowly

104. Atmen Sie langsam ein und aus.

105. Breathe in, hold your breath and push down

105. Atmen Sie ein, halten Sie den Atem an und pressen Sie.

106. Don't push

106. Nicht pressen.

107. Pant

107. Hecheln.

108. Congratulations, it's a boy

**108. Herzlichen Glückwunsch,
es ist ein Junge.**



109. Congratulations, it's a girl

**109. Herzlichen Glückwunsch,
es ist ein Mädchen.**

**110. The doctor will examine
your baby**

**110. Der Arzt wird nun Ihr Baby
untersuchen.**

**111. I will take a sample of
blood from your baby's
heel**

**111. Ich werde eine Blutprobe
von der Ferse Ihres Babys
entnehmen.**



112. I will	112. Das Baby wird nun
weigh the baby	gewogen
bath the baby	gebadet
feed the baby	gefüttert
change the baby's nappy	es werden die Windeln gewechselt.

Discharge Questions

113. The Doctor says you can go home today

113. Der Arzt sagt, Sie können heute nach Hause.

114. The Doctor says you can go home tomorrow

114. Der Arzt sagt, Sie können morgen nach Hause.

115. Do you have anyone who can bring you home?

115. Kann Sie jemand nach Hause bringen?

Ja

Yes

Nein

No

116. Do you have the letter for your family doctor?

116. Haben Sie den Arztbericht für Ihren Hausarzt?

Ja

Nein

**Weiß nicht
Don't Know**

Yes

No

117. Do you have your tablets?

117. Haben Sie Ihre Tabletten?

Ja

Nein

**Weiß nicht
Don't Know**

Yes

No

118. Do you have the prescription for your medication?

118. Haben Sie Ihr Rezept?

Ja

Nein

**Weiß nicht
Don't Know**

Yes

No

119. Do you have your personal belongings?

119. Haben Sie alle Ihre persönlichen Sachen?

Ja

Nein

Yes

No

120. I will arrange for the public health nurse to visit you in your home

120. Ich werde dafür sorgen, dass eine Krankenschwester bei Ihnen einen Hausbesuch macht.

121. I will make an appointment for you at the outpatients' clinic

121. Ich werde einen Termin für Sie in der Ambulanz vereinbaren.

Patient's questions

122. Ich kann nicht schlafen.

122. I can't sleep

**123. Ich habe hier Schmerzen.
Zeigen Sie auf die Stelle.**

**123. I have pain here – point to
the area of pain**

**124. Können Sie mir ein
Schmerzmittel geben?**

**124. Can you give me
something for the pain?**

125. Ich muss mich übergeben



125. I want to get sick

126. Ich muss auf die Toilette



126. I need to go to the toilet

127. Ich benötige Hilfe, um auf die Toilette zu gehen.

127. I need help to go to the toilet

128. Ich habe Hunger.

128. I am hungry

129. Ich benötige Spezialkost für:	129. I need to follow a
Nierenerkrankung	renal diet
Herzprobleme	cardiac diet
Diabetes	diabetic diet
fettarme Kost	low-fat diet

<p>130. Ich bin Vegetarier</p> 	<p>130. I am a vegetarian</p>
--	--------------------------------------

131. Ich esse nur Halalfleisch.

131. I eat halal meat

132. Ich faste.

132. I am fasting

133. Ich möchte etwas trinken.

133. I want a drink

134. Ich möchte mich aufrichten.

134. I want to sit up

135. Ich möchte mich hinlegen.

135. I want to lie down

136. Ich möchte aufstehen.

136. I want to get out of bed



137. Ich möchte umhergehen.

137. I want to walk around

**138. Ich möchte mich
waschen / gewaschen
werden.**

138. I want a wash

**139. Ich möchte meine Zähne
putzen.**

139. I want to clean my teeth

140. Ich möchte beten.

140. I want to pray

141. Ich möchte mich rasieren.

141. I want to shave

142. Ich brauche

Tampons

Binden.

142. I want

tampons

sanitary towels

143. Ich möchte telefonieren.

**143. I want to make a
telephone call**

**144. Ich möchte
meine Familie/
meine(n) Freund(in)**

**144. I want my
family
friend**

145. Ich verstehe Sie nicht.

145. I do not understand



**146. Ich möchte mit einer
Ärztin sprechen.**

**146. I would like to see a
female doctor**

**147. Ich möchte mit einem
männlichen Arzt
sprechen.**

**147. I would like to see a male
doctor**

**148. Ich brauche einen
Dolmetscher.**

148. I want an interpreter



149. Ich bin besorgt/habe Angst.

149. I am worried / afraid

150. Ich bin allergisch.

150. I am allergic

151. Ich blute.

151. I am bleeding

152. Ich habe Krämpfe.

152. I have cramps

153. Ich habe Kopfschmerzen.

153. I have a headache

154. Mein Bett ist unbequem.

154. My bed is uncomfortable

**155. Ich möchte mit dem Arzt
sprechen.**

155. I want to see the doctor

156. Wie lange muss ich warten?	156. How long will I be waiting?
Bis zu einer Stunde	Up to one hour
Bis zu zwei Stunden	Up to two hours
Bis zu drei Stunden	Up to three hours
Bis zu vier Stunden	Up to four hours
Länger als vier Stunden	Longer than 4 hours

157. Darf ich fernsehen?	157. Can I watch television?
---------------------------------	-------------------------------------



158. Darf ich mein Handy benutzen?

158. Can I use my mobile phone?

159. Wie ist der Name dieser Krankenstation?

159. What is the name of this ward?

160. Kommt ein „Laden auf Rädern“ (mobile shop) in diese Krankenstation?

160. Does a mobile shop come to the ward?