



TEDESCO

DEUTSCH

Scheda MULTILINGUE
per le pazienti straniere

Mehrsprachigen Fragebogen
für ausländische Patienten

Gentile signora, in questo momento lei si trova nel reparto di ostetricia e ginecologia queste domande le sono rivolte per prestarle una migliore assistenza, la preghiamo di rispondere con la massima precisione.
NETTE DAME SIE BEFINDEN SICH IN DER ABTEILUNG FÜR GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE. BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN FÜR EINE BESSERE VERSORGUNG.

Nome/Name	
Cognome/Familiename	
Data di nascita/Geburtsdatum	
Luogo di nascita/Geburtsort	

DONNA IN GRAVIDANZA

SCHWANGERE

GRAVIDANZE PRECEDENTI	VORHERIGE SCHWANGERSCHAFTEN
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
quante?...n°.....	wie viele? n°.....
di ognuna indicare: <input type="checkbox"/> aborto spontaneo <input type="checkbox"/> interruzione di gravidanza <input type="checkbox"/> gravidanza normale <input type="checkbox"/> con patologie <input type="checkbox"/> parto naturale <input type="checkbox"/> taglio cesareo	geben sie bitte an: <input type="checkbox"/> spontanabort <input type="checkbox"/> abtreibung <input type="checkbox"/> normal schwanger <input type="checkbox"/> mit problemen <input type="checkbox"/> normal geburt <input type="checkbox"/> kaiserschnitt
anno di nascita del bambino.....	geburtsdatum
peso alla nascita del bambino.....	geburtsgewicht
condizioni del bambino dopo la nascita 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	wie geht es dem kind nach der geburt. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
GRAVIDANZA ATTUALE	JETZIGE SCHWANGERSCHAFT
ultima mestruazione _____	letzte periode _____
e' necessario visionare gli esami eseguiti	welche untersuchungen liegen vor
e' necessario conoscere la terapia in corso	welche therapie machen sie
se non ha effettuato esami: PERCHÉ?	keine untersuchungen, WARUM?
ha mai avuto problemi in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> minaccia di aborto <input type="checkbox"/> parto prematuro <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> pressione alta <input type="checkbox"/> altro	probleme mit der schwangerschaft? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> abortgefahr <input type="checkbox"/> frühgeburt <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> bluthochdruck <input type="checkbox"/> andere

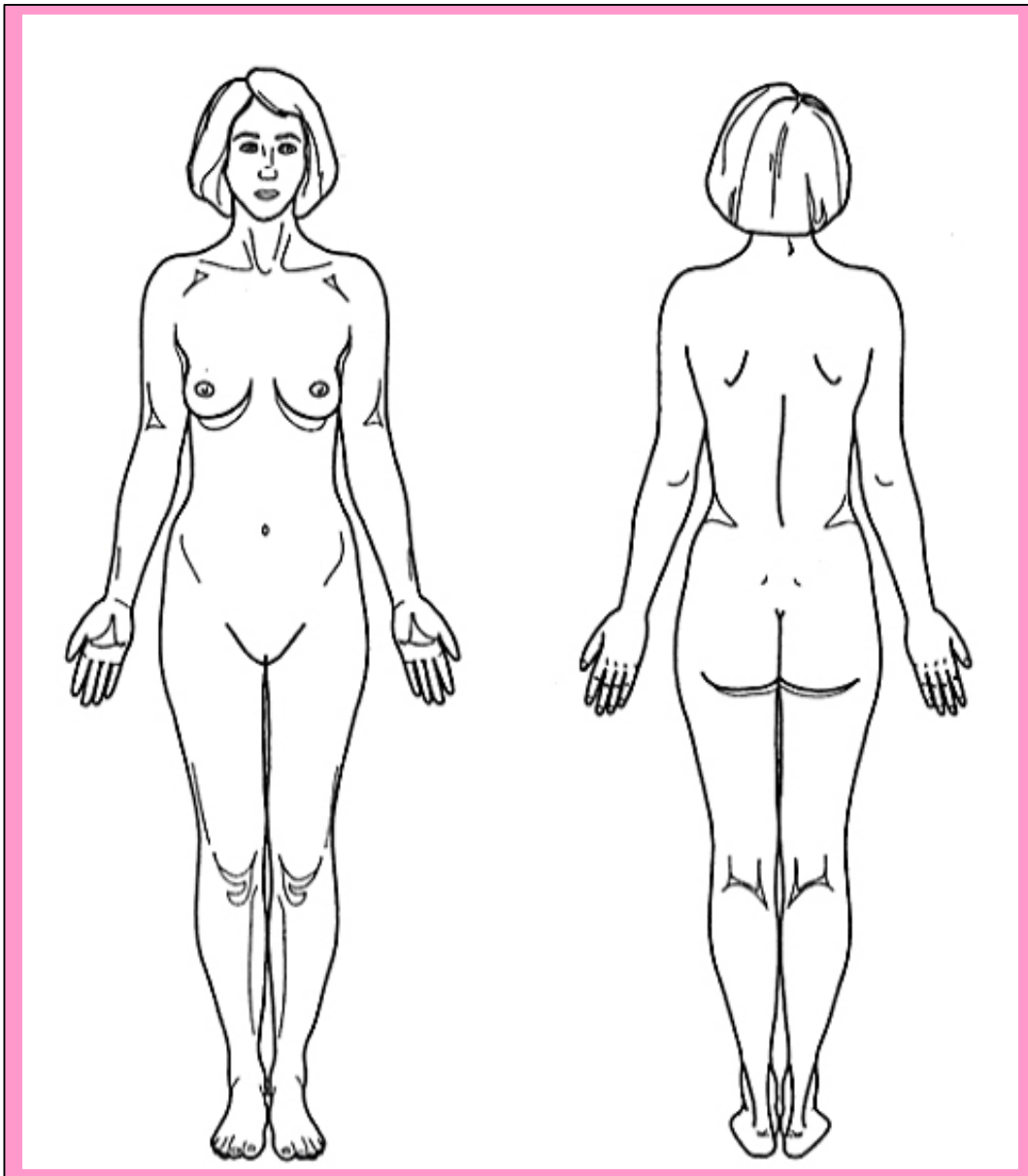
e' mai stata ricoverata in questa gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se si dovremmo vedere la lettera di dimissione	waren sie eingeliefert in klinik? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN wir brauchen bericht dank
chi la segue in gravidanza?	jhr arzt oder hebamme?
peso iniziale peso attuale _____kg _____kg	ausgangsgewicht aktuelles gewicht _____kg _____kg
PROBLEMI GINECOLOGICI	GYNKOLOGISCHE PROBLEME
<input type="checkbox"/> pregressi interventi ginecologici ed indicazioni	<input type="checkbox"/> eingriffe
<input type="checkbox"/> pregresse vaginiti recidivanti	<input type="checkbox"/> infektionen
data ultimo PAP-test: eseguito:.....	letzter PAP test: datum
risposta: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alterato	antwort: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert
è possibile visionare il PAP-test	haben sie ihn dabei?

BLUTHOCHDRUCK (IPERTENSIONE)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
ANDERE KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN (altre malattie cardiovascolari)		
DIABETES (diabete)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
LUNGENKRANKHEITEN (malattie broncopolmonari)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
INFEKTIONSKRANKHEITEN (malattie infettive pregresse)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
DEPRESSIONEN UND/ODER ÄNGSTLICHKEIT (precedenti di ansietà e depressione)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
MAGEN-DARMERKRANKUNGEN (malattie gastrointestinali)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
HAUTERKRANKUNGEN (dermatiti)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
SCHILDDRÜSE <input type="checkbox"/> unterfunktion (ipotiroidismo) (patologie tiroidee) <input type="checkbox"/> überfunktion (ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
ANDERE (ALTRE MALATTIE) WELCHE (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
CHIRURGISCHE EINGRIFFE (pregressi interventi chirurgici) WELCHE (specificare) _____	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
ALLERGIEN (allergie) WELCHE (specificare) _____	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)
KLINIKAUFENTHALTE (ricoveri ospedalieri)	<input type="checkbox"/> ja (si)	<input type="checkbox"/> nein (no)

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE? (assume farmaci ?)

PROGESTERON (Progesterone) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)	FOLSÄURE (Acido folico) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)
ZUR MUSKELENTSPANNUNG (miolene/vasosuprine) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)	MULTIVITAMININE (multivitaminici) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)
FÜR BLUTHOCHDRUCK (anti-Ipertensivi) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)	EISEN (ferro) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)
EPBM (ebpm) (Eparina) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)	PARACETAMOL (tachipirina) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)
ANTIBIOTIKA (antibiotici) <input type="checkbox"/> ja (si) <input type="checkbox"/> nein (no)	BITTE BENENNEN (specificare)
IMPFUNGEN IN DER SCHWANGERSCHAFT (vaccinazioni in gravidanza) 	ANDERE (altri farmaci)

ITALIANO	DEUTSCH
SENTI DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO SPIEGA COME TI SENTI: <input type="checkbox"/> DEBOLE <input type="checkbox"/> ANSIOSA <input type="checkbox"/> NAUSEATA <input type="checkbox"/> NESSUNO DI QUESTI SINTOMI	HABEN SIE SCHMERZEN? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN WIE FÜHLEN SIE SICH <input type="checkbox"/> SCHWACH <input type="checkbox"/> ÄNGSTLICH <input type="checkbox"/> SCHLECHT-ÜBELKEIT <input type="checkbox"/> KEINE
IL DOLORE E' FORTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ, QUANTO? ESPRIMI IN SCALA DA 1 A 10 DOVE 1 È IL MINIMO E 10 IL MASSIMO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 COME E' IL DOLORE? <input type="checkbox"/> CONTINUO <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE	IST DER SCHMERZ STARK? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, WIE STARK? VON 1 BIS 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 WIE IST DER SCHMERZ? <input type="checkbox"/> DAUERSCHMERZ <input type="checkbox"/> KOMMT UND GEHT
DA QUANTO TEMPO È PRESENTE? <input type="checkbox"/> DA UN' ORA <input type="checkbox"/> N° ORE <input type="checkbox"/> DA UN GIORNO <input type="checkbox"/> DA UNA SETTIMANA	SEIT WANN? <input type="checkbox"/> SEIT EINER STUNDE <input type="checkbox"/> SEIT.....STUNDEN WIE VIELE <input type="checkbox"/> SEIT EINEM TAG <input type="checkbox"/> SEIT EINER WOCHE
QUANTO DURA?..... OGNI QUANTO TEMPO VIENE?.....	WIE LANGE DAUERT ER?..... IN WELCHEN ABSTÄNDEN?.....
E' LA PRIMA VOLTA CHE HAI QUESTO DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	DAS ERSTE MAL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
QUANDO IL DOLORE E' COMINCIATO, COSA STAVI FACENDO? (UNA O PIU' RISPOSTE) <input type="checkbox"/> RIPOSANDO <input type="checkbox"/> LAVORANDO FISICAMENTE <input type="checkbox"/> MANGIANDO <input type="checkbox"/> EMOZIONANDOMI <input type="checkbox"/> URINANDO <input type="checkbox"/> ANDAVO DI CORPO <input type="checkbox"/> VOMITANDO <input type="checkbox"/> TOSSENDO <input type="checkbox"/> AVEVO AVUTO UN RAPPORTO SESSUALE	WAS TATEN SIE, ALS DER SCHMERZ BEGANN? <input type="checkbox"/> AUSRUHEN <input type="checkbox"/> KÖRPERLICHE ARBEIT <input type="checkbox"/> ESSEN <input type="checkbox"/> ERSCHRECKEN <input type="checkbox"/> URINIEREN <input type="checkbox"/> STUHLGANG HABEN <input type="checkbox"/> ERBRECHEN <input type="checkbox"/> HUSTEN <input type="checkbox"/> BEISCHLAF
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI SANGUE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ROSSO VIVO <input type="checkbox"/> ROSSO SCURO <input type="checkbox"/> MARRONI <input type="checkbox"/> SCARSE <input type="checkbox"/> COME UNA MESTRUAZIONE <input type="checkbox"/> PIÙ DI UNA MESTRUAZIONE SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO DA QUANTO TEMPO LE HA? (ORE/GIORNI/SETTIMANE)	BLUTVERLUSTE? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> HELL ROT <input type="checkbox"/> DANKEL ROT <input type="checkbox"/> BRAUN <input type="checkbox"/> WENIG, <input type="checkbox"/> WIE PERIODE <input type="checkbox"/> MEHR ALS PERIODE MIT SCHMERZ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN SEIT WANN? (STUNDEN,TAGE,WOCHEN)
ASSOCIATE CI SONO PERDITE DI LIQUIDO? <input type="checkbox"/> TRASPARENTE <input type="checkbox"/> GIALLO <input type="checkbox"/> MARRONCINO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> INODORE <input type="checkbox"/> PUZZOLENTE <input type="checkbox"/> SCARSE <input type="checkbox"/> ABBONDANTI SONO COMPARSE COL DOLORE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO DA QUANTO TEMPO LE HAI? (ORE/GIORNI/SETTIMANE)	HABEN SIE AUCH WASSER VERLUSTE? <input type="checkbox"/> TRANSPARENT <input type="checkbox"/> GELB <input type="checkbox"/> BRÄUNLICH <input type="checkbox"/> GRÜN <input type="checkbox"/> ÜBEL RIECHEND <input type="checkbox"/> NICHT RIECHEND <input type="checkbox"/> VIEL-WENIG <input type="checkbox"/> REICHLICH MIT SCHMERZ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN SEIT WANN? (STUNDEN,TAGE,WOCHEN)



MOSTRAMI DOVE SENTI DOLORE E DOVE SI ESTENDE.
Utilizza il disegno o fammi vedere sul tuo corpo.

ZEIGEN SIE WO SIE SCHMERZEN HABEN UND AUSTRHLUNG.
Benutzen sie die Zeichnung oder zeigen sie am Körper.

ANDERE (ALTRI SINTOMI):

ITALIANO	DEUTSCH
<p>HAI FEBBRE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>FAI FATICA A RESPIRARE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI AVUTO TOSSE CON CATARRO?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TI SI GONFIANO I PIEDI O LE MANI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI VERTIGINI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>FIEFER?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>ATEMSCHWIERIGKEITEN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>HUSTEN MIT AUSWURF?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>SCHWELLUNG AN FÜSSEN ODER HÄNDER?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>SCHWINDEL?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p>
<p>HAI DISTURBI Uditivi?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>HÖRSCHWIERIGKEITEN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p>
<p>HAI DISTURBI VISIVI?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>SEHSCHWIERIGKEITEN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p>
<p>HAI CEFALIA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>KOPFWEH?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p>
<p>HAI AVUTO VOMITO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> CIBO <input type="checkbox"/> LIQUIDI <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> BILE</p>	<p>ERBRECHEN?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> ESSEN <input type="checkbox"/> FLÜSSIGKEIT <input type="checkbox"/> BLUT <input type="checkbox"/> GALLE</p>
<p>HAI AVUTO NAUSEA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>IST IHNEN ÜBEL?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p>
<p>HAI DEFECATO REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> STIPSI <input type="checkbox"/> DIARREA</p>	<p>REGULÄRER STUHLGANG</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> VERSSTOPFUNG <input type="checkbox"/> DURCHFALL</p>
<p>HAI URINATO REGOLARMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CON BRUCIORE <input type="checkbox"/> CON DIFFICOLTA'</p>	<p>PROBLEME BEIM URINIEREN?</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> BRENNEN <input type="checkbox"/> SCHWIERIG</p>

TRAUMA IN SCHWANGERSCHAFT
 ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER TRAUMA IN GRAVIDANZA

ITALIANO	DEUTSCH
<p>HAI AVUTO UN INCIDENTE STRADALE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>STAVI GUIDANDO TU? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DOVE HAI RICEVUTO IL TRAUMA? UTILIZZA L'IMMAGINE PRECEDENTE PER INDICARNE IL PUNTO.</p> <p>INDICA QUALI SONO LE PARTI DEL CORPO CONTUSE. SE HAI ARTICOLAZIONI CON RIDOTTA MOBILITÀ, INDICA QUALI.</p> <p>HAI SUBITO VIOLENZA SESSUALE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HAI AVUTO UNA AGGRESSIONE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>COME TI SENTI? <input type="checkbox"/> MEGLIO <input type="checkbox"/> PEGGIO <input type="checkbox"/> COME PRIMA</p> <p>ADESSO EFFETTUEREMO ALCUNI ACCERTAMENTI: <input type="checkbox"/> VISITA OSTETRICA VAGINALE <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA <input type="checkbox"/> CARDIOTOCOGRAFIA <input type="checkbox"/> PRELIEVO DI SANGUE</p> <p>TI PROPONIAMO: <input type="checkbox"/> DI RICOVERARTI IN OSSERVAZIONE <input type="checkbox"/> DI RICOVERARTI PER COMPLETARE GLI ACCERTAMENTI <input type="checkbox"/> DI RICOVERARTI PER EFFETTUARE LA TERAPIA NECESSARIA <input type="checkbox"/> DI RIMANDARTI A CASA CON ALCUNE INDICAZIONI <input type="checkbox"/> DI TRASFERIRTI PRESSO UN OSPEDALE PIÙ ADATTO A RISOLVERE IL PROBLEMA CHE SI È PRESENTATO.</p>	<p>HATTEN SIE EINEN VERKEHRSUNFALL' ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>WAREN SIE AM STEUJR? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>ZEIGEN SIE DER AUFPRALLPUNKT (ZEICHUNNG).</p> <p>PRELLUNGEN? STARRE GELENKE?</p> <p>SEXUELLE GEWALT? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>SEXUELLE ÜBERFALL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>WIE FÜHLEN SIE SICH? <input type="checkbox"/> BESSER <input type="checkbox"/> SCHLECHTER <input type="checkbox"/> WIE VORHER</p> <p>UNTERSUCHUNGEN NUN FOLGEN: <input type="checkbox"/> GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG <input type="checkbox"/> ULTRASCHALL <input type="checkbox"/> HERZTÖNE <input type="checkbox"/> BLUTABNAHME</p> <p>WIR SCHLAGEN IHNEN VOR: <input type="checkbox"/> KLINIKAUFENTHALT AN BEOBACHTUNG <input type="checkbox"/> KLINIKAUFNAHME FÜR WEITERE UNTERSUCHUNGEN <input type="checkbox"/> KLINIKAUFNAHME FÜR DIE NOTWENIGIGE THERAPIE <input type="checkbox"/> ENTLASSUNG <input type="checkbox"/> WEITERVERLEGUNG.</p>

NEUE MUTTER IN DER NOTAUFNAHME
(ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO PER UN PROBLEMA IN PUERPERIO)

<p>HAI PERDITE DI SANGUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ABBONDANTI <input type="checkbox"/> MALEODORANTI 	<p>BLUTVERLUSTE?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> VIEL <input type="checkbox"/> ÜBELRIECHEND
<p>HAI DOLORE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IN SEDE DI TAGLIO CESAREO <input type="checkbox"/> IN SEDE DI SUTURA VULVO-VAGINALE 	<p>HABEN SIE SCHMERZEN IM BEREICH DER WUNDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> KAISERSCHNITT <input type="checkbox"/> EPISIOTOMIE
<p>HAI PROBLEMI CON L'ALLATTAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MAMMELLA DOLENTE <input type="checkbox"/> MAMMELLA ARROSSATA <input type="checkbox"/> SENO TROPPO PIENO E CHE SI SVUOTA CON DIFFICOLTÀ <input type="checkbox"/> ZONA ASCELLARE GONFIA O DOLENTE 	<p>STILLEN PROBLEME</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SCHMERZEN BRUST <input type="checkbox"/> ENTZÜNDET BRUST <input type="checkbox"/> ZU VEIL MILCHSTAU <input type="checkbox"/> ACHSELREGION SCHMERZHAFT
<p>RIMEDI DOLORE SUTURA VULVO-VAGINALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CIAMBELLA/SALVAGENTE PER SEDERSI <input type="checkbox"/> GHIACCIO <input type="checkbox"/> IMPACCHI CON ACQUA E CLOREXIDINA 	<p>THERAPIE FÜR EPISIOTOMIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SITZRING <input type="checkbox"/> EIS <input type="checkbox"/> UMSCHLÄGE AUS WASSER UND CLOREXIDINA
<p>RIMEDI PROBLEMI MAMMELLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PARACETAMOLO X DOLORE E/O FEBBRE <input type="checkbox"/> IMPACCHI CALDO-UMIDI (X INGORGHI) <input type="checkbox"/> RICOTTA PER DECONGESTIONARE E RIDURRE IL DOLORE <input type="checkbox"/> ATTACCO DEL BAMBINO CON LABBRO INFERIORE VERSO LA ZONA INGORGATA <input type="checkbox"/> SE TEMPERATURA ALTA NON CONTROLLARLA ALL'ASCELLA 	<p>THERAPIE FÜR STILLEN PROBLEME:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PARAZETAMOL FÜR SCHMERZEN UND FIEBER <input type="checkbox"/> FEUCHTWARME UMSCHLÄGE (MILCHSTAU) <input type="checkbox"/> QUARK (MILCHSTAU) <input type="checkbox"/> KINDANLEGEN <input type="checkbox"/> FIEBERMESSEN NICHT IN DER ACHSELREGION