

Anamnesebogen: Orthopädie (Deutsch-Russisch)
Вопросник для сбора анамнеза: ортопедия (немецкий – русский)

Name / фамилия:	Adresse/адрес Straße/ улица:
Vorname / имя:	
Geburtsdatum / дата рождения:	Hausnummer/ номер дома:
Geschlecht/ пол: F/Ж <input type="checkbox"/> M/M <input type="checkbox"/>	PLZ/ почтовый индекс:
Körpergröße/рост:	Stadt/ город:
Gewicht/вес:	Land/ страна:

Wo bestehen Ihre Beschwerden?/ Локализация жалоб/болей?

Im Fußbereich / в области стопы	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Kniebereich / в области колена	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Hüftbereich / в области бедра	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Bereich der Lendenwirbelsäule / в области поясничного отд. позвоноч.	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Bereich der Brustwirbelsäule/ в области грудного отдела	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Bereich der Halswirbelsäule / в области шейного отдела	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Handbereich / в области кисти	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Ellenbogenbereich / в области локтя	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Im Schulterbereich / в области плеча	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>

Wann und welche erfolgte die Therapie?/ Когда и какая терапия была проведена?

Krankengymnastik / Лечебная гимнастика	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Operation / операция	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Medikamentöse Therapie / медикаментозная терапия	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Sonstiges / другое	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>

Haben Sie Begleiterkrankungen?/ У Вас есть сопутствующие заболевания?

Bluthochdruck / повышенное давление	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Thromboseneigung/ склонность к тромбозу	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung/ склонность к кровотечению	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit/ заболевания сердца	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörung / нарушения обмена веществ	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Leiden/ патология ЖКТ	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Lungenkrankheit/ заболевания лёгких	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Tumoren/_опухоли	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Unfälle, vorher/ травмы в прошлом	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Вы курите?

Wenn ja, wie viele Zig. pro Tag/ если да, сколько сигарет в день?	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergie?/_У вас есть аллергия?	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>
Sind Sie Schwanger?/ Вы беременны?	ja/да <input type="checkbox"/>	nein/нет <input type="checkbox"/>

Datum/ Дата

Unterschrift des Patienten/ подпись пациента