

Aufnahmebogen mit allgemeiner Anamnese: (Deutsch-Russisch)
Вопросник для сбора общего анамнеза (немецкий – русский)

Name / фамилия:

Adresse/адрес Straße/ улица:

Vorname / имя:

Geburtsdatum / дата рождения:

Hausnummer/ номер дома:

Geschlecht/ пол: F/Ж M/M

PLZ/ почтовый индекс:

Körpergröße/рост:

Stadt/ город:

Gewicht/вес:

Land/ страна:

Allgemeinsymptome/ Общие симптомы

- Haben Sie guten Appetit?/ У Вас хороший аппетит? ja/да nein/нет
- Haben Sie ständiges Durstgefühl?/ У Вас есть постоянное чувство жажды? ja/да nein/нет
- Haben Sie ständigen Verlangen nach dem Schlaf / У Вас есть постоянное желание спать? ja/да nein/нет
- Haben Sie Schlaflosigkeit ? / Вы страдаете бессонницей? ja/да nein/нет
- Ist Ihr Gewicht konstant?/ У Вас постоянный вес? ja/да nein/нет
- Schwitzen Sie nachts?/ У Вас есть потоотделение по ночам? ja/да nein/нет
- Haben Sie gelegentlich Fieber oder Schüttelfrost?/ У Вас бывает повышенная температура и озноб? ja/да nein/нет

Kopf und Hals/ Голова и шея

- Haben Sie Kopfschmerzen? / У Вас есть головная боль ja/да nein/нет
- Haben Sie Schwindel? / У Вас есть головокружение? ja/да nein/нет
- Können Sie gut riechen?/ У Вас есть нарушения обоняния? ja/да nein/нет
- Können Sie gut schmecken? / У Вас есть нарушения вкуса? ja/да nein/нет
- Können Sie gut hören? / У Вас есть нарушения слуха? ja/да nein/нет
- Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen? / Вы носите очки / контактные линзы? ja/да nein/нет
- Haben Sie Halsschmerzen?/ У Вас болит горло? ja/да nein/нет
- Haben Sie Schluckbeschwerden?/ У Вас есть боль при глотании? ja/да nein/нет
- Haben Sie Problem mit den Zähnen?/ У Вас есть больные зубы? ja/да nein/нет
- Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? / Вы регулярно обращаетесь к зубному врачу? ja/да nein/нет

Lymphknoten/ Лимфатические узлы

- Haben Sie Lymphknotenschwellungen in den Achseln bemerkt? / У Вас есть увеличенные л/у в подмышечных впадинах? ja/да nein/нет
- Haben Sie Lymphknotenschwellungen in der Leiste bemerkt?/ У Вас есть увеличенные л/у в паховой области? ja/да nein/нет
- Haben Sie Lymphknotenschwellungen am Hals bemerkt?/ л/у в области шеи? ja/да nein/нет

Thorax /Herz/Lunge / Грудная клетка/сердце/лёгкие

- Haben Sie Atemnot in Ruhe? / У Вас есть одышка в покое? ja/да nein/нет

Mehr Info auf www.webspital.de

Подробная информация на www.webspital.ru

Aufnahmebogen mit allgemeiner Anamnese: (Deutsch-Russisch)
Вопросник для сбора общего анамнеза (немецкий – русский)

| | | | | |
|---|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Haben Sie Atemnot bei Belastung? / У Вас есть одышка под нагрузкой? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Herzbeschwerden? / У Вас есть жалобы со стороны сердца? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Spüren Sie Ihr Herz? / Вы чувствуете свое сердцебиение? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Husten? / У Вас есть кашель? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Auswurf? / У Вас есть мокрота при откашливании? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |

Abdomen / Брюшная полость

| | | | | |
|---|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Haben Sie Magenbeschwerden? / У Вас есть жалобы со стороны желудка? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Bauchbeschwerden? / У Вас есть жалобы в области живота? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang? / У Вас регулярный стул? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Durchfall? / У Вас есть диарея? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Verstopfung? / У Вас есть запор? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Übelkeit? / У Вас есть тошнота? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie erbrechen? / У Вас есть рвота? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schon mal Blut im Stuhl beobachtet? / Вы наблюдали кровь в Вашем стуле? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |

Harntrakt / Мочевой тракт

| | | | | |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? / У Вас есть боль при мочеиспускании? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|

Haut / Кожа

| | | | | |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Haben Sie Allergie auf irgendwelche Medikamente? / У Вас есть аллергия на какие-либо медикаменты? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergie auf Pflaster? / У Вас есть аллергия на пластырь? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang? / У Вас регулярный стул? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Heuschnupfen? / У Вас сенная лихорадка? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeit / У Вас есть непереносимость каких-либо продуктов питания? | ja/да | <input type="checkbox"/> | nein/нет | <input type="checkbox"/> |

Datum/ Дата

Unterschrift des Patienten/ подпись пациента
