

**имя и фамилия:**

Vor- und Nachname

**Пожалуйста, пишите латинскими буквами**

Bitte schreiben Sie in lateinischen Buchstaben

**Дата рождения:**

Geburtstag

**Чем мы можем Вам помочь?****(Пожалуйста, отметьте соответствующее поле)**

Wie können wir Ihnen helfen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**У меня боль:** да нет

Ich habe Schmerzen:

Ja

Nein

**Когда тебе больно, где она?**

Wenn Sie Schmerzen haben, wo sind sie?

 голова

Kopf

 плечо / шея

Schulter / Nacken

 Спина

Rücken

 рука

Arm / Hand

 грудка

Brust

 сердце

Herz

 живот

Bauch

 бедра / таз

Hüfte / Becken

 ноги / ступня

Beine / Fuß

**Насколько сильна боль по шкале от 1 до 10?****(1 = нет боли, 10 = очень сильная боль)**

Auf einer Skala von 1 – 10, wie stark sind die Schmerzen?

(1 = keine Schmerzen, 10 = sehr starke Schmerzen)

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**У меня есть следующие жалобы:**

Ich habe folgende Beschwerden

 Головная боль

Kopfschmerzen

 головокружение

Schwindel

 зубная боль

Zahnschmerzen

 Больное горло

Halsschmerzen

 сердечное заболевание

Herzkrankung

 гипертония

Bluthochdruck

 астма

Asthma

 тошнота

Übelkeit

 Подбросить

Erbrechen

 боль в животе

Bauchschmerzen

 диарея

Durchfall

 озноб

Schüttelfrost

 слишком тепло

zu warm

 слишком холодно

zu kalt

 иной

andere

**Как давно у вас были жалобы?**

Seit wann haben Sie Beschwerden?

 более 1 часа

mehr als 1 Stunde

 более 2 часа

mehr als 2 Stunden

 более 3 часа

mehr als 3 Stunden



**Какие предшествующие заболевания у вас есть?**

*Welche Vorerkrankungen haben Sie?*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> мигрень<br><i>Migräne</i>          | <input type="checkbox"/> психика<br><i>Psyche</i>                        | <input type="checkbox"/> Инсульт<br><i>Schlaganfall</i>                 |
| <input type="checkbox"/> эпилепсия<br><i>Epilepsie</i>      | <input type="checkbox"/> астма<br><i>Asthma</i>                          | <input type="checkbox"/> сердечное заболевание<br><i>Herzerkrankung</i> |
| <input type="checkbox"/> гипертония<br><i>Bluthochdruck</i> | <input type="checkbox"/> диабет<br><i>Diabetes</i>                       | <input type="checkbox"/> Рак<br><i>Krebserkrankung</i>                  |
| <input type="checkbox"/> COVID-19<br><i>Covid-19</i>        | <input type="checkbox"/> хроническая боль<br><i>chronische Schmerzen</i> | <input type="checkbox"/> иной<br><i>andere</i>                          |

**Регулярно ли вы принимаете лекарства, если да, то какие?**

*Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche?*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> психотропные препараты<br><i>Psychopharmaka</i> | <input type="checkbox"/> Болеутоляющее<br><i>Schmerztabletten</i>   | <input type="checkbox"/> разжижающий кровь<br><i>Blutverdünner</i> |
| <input type="checkbox"/> гипотензивный<br><i>Blutdrucksenker</i>         | <input type="checkbox"/> сердечные таблетки<br><i>Herztabletten</i> | <input type="checkbox"/> диабет<br><i>Diabetes</i>                 |
| <input type="checkbox"/> спрей от астмы<br><i>Asthmaspray</i>            | <input type="checkbox"/> эпилепсия<br><i>Epilepsie</i>              | <input type="checkbox"/> антибиотики<br><i>Antibiotika</i>         |
| <input type="checkbox"/> иной<br><i>andere</i>                           |   |  |

**Когда вы в последний раз что-нибудь ели?**

*Wann haben Sie das letzte mal etwas gegessen?*

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Утром<br><i>morgens</i> | <input type="checkbox"/> полдень<br><i>mittags</i> | <input type="checkbox"/> вечером<br><i>abends</i> | <input type="checkbox"/> ночью<br><i>nachts</i> |
|--|--|---|---|

**Примерно сколько вы выпили за последние 12 часов? (кофе, чай, вода, сок)**

*Wie viel haben Sie in den letzten 12 Stunden ungefähr getrunken? (Kaffee, Tee, Wasser, Saft)*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0-1 литр<br><i>0 - 1 Liter</i> | <input type="checkbox"/> 1-2 литр<br><i>1 - 2 Liter</i> | <input type="checkbox"/> более 2 литров<br><i>mehr als 2 Liter</i> |
|---|---|--|

**Необязательный** *Optional*

**Мы хотели бы, чтобы вас отвезли в больницу для дальнейшего обследования. Это нормально для вас?**

*Wir würden dich gerne für weitere Untersuchungen in ein Krankenhaus bringen lassen. Ist das für dich in Ordnung?*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> да<br><i>Ja</i> | <input type="checkbox"/> нет<br><i>Nein</i> |
|--|---|