

ім'я та прізвище: _____

Name

Пишіть, будь ласка, латинськими літерами

Bitte schreiben Sie in lateinischen Buchstaben

дата народження: _____

Geburtstag

Як ми можемо вам допомогти?

(Будь ласка, вкажіть, що застосовується)

Wie können wir Ihnen helfen? (Bitte kreuzen Sie an, was zutrifft)

У мене біль:

Так

ні

Ich habe Schmerzen:

Ja

Nein

Коли тобі боляче, де це?

Wenn Sie Schmerzen haben, wo sind sie?

Голова

Kopf

плече / шия

Schulter / Nacken

спину

Rücken

рука

Arm / Hand

груди

Brust

серце

Herz

живіт

Bauch

Таз

Hüfte / Becken

нога / стопа

Beine / Fuß

Наскільки сильний біль за шкалою від 1 до 10?

(1 = без болю, 10 = дуже сильний біль)

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

Маю такі скарги:

Ich habe folgende Beschwerden:

головний біль

Kopfschmerzen

запаморочення

Schwindel

зубний біль

Zahnschmerzen

біль у горлі

Halsschmerzen

хвороба серця

Herzerkrankung

гіпертонія

Bluthochdruck

астма

Asthma

нудота

Übelkeit

блювота

Erbrechen

біль у животі

Bauchschmerzen

діарея

Durchfall

озноб

Schüttelfrost

занадто тепло

zu warm

занадто холодно

zu kalt

Інші

andere

Як довго у вас були скарги?

Seit wann haben Sie Beschwerden?

більше 1 години

mehr als 1 Stunde

більше 2 годин

mehr als 2 Stunden

більше 3 годин

mehr als 3 Stunden



Які ваші попередні хвороби?*Welche Vorerkrankungen hast du?*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> мігрень
<i>Migräne</i> | <input type="checkbox"/> психічний розлад
<i>Psyche</i> | <input type="checkbox"/> інсульт
<i>Schlaganfall</i> |
| <input type="checkbox"/> епілепсія
<i>Epilepsie</i> | <input type="checkbox"/> астма
<i>Asthma</i> | <input type="checkbox"/> хвороба серця
<i>Herzerkrankung</i> |
| <input type="checkbox"/> гіпертонія
<i>Bluthochdruck</i> | <input type="checkbox"/> цукровий діабет
<i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> рак
<i>Krebserkrankung</i> |
| <input type="checkbox"/> COVID-19
<i>Covid-19</i> | <input type="checkbox"/> хронічний біль
<i>chronische Schmerzen</i> | <input type="checkbox"/> Інші
<i>andere</i> |

Чи регулярно ви приймаєте ліки, якщо так, то які?*Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche?*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> психотропні препарати
<i>Psychopharmaka</i> | <input type="checkbox"/> анальгетики
<i>Schmerztabletten</i> | <input type="checkbox"/> Розріджувач крові
<i>Blutverdünner</i> |
| <input type="checkbox"/> гіпотензивний
<i>Blutdrucksenker</i> | <input type="checkbox"/> таблетки для серця
<i>Herztabletten</i> | <input type="checkbox"/> цукровий діабет
<i>Diabetes</i> |
| <input type="checkbox"/> Спрей від астми
<i>Asthmaspray</i> | <input type="checkbox"/> епілепсія
<i>Epilepsie</i> | <input type="checkbox"/> антибіотики
<i>Antibiotika</i> |
| <input type="checkbox"/> Інші
<i>andere</i> | | |

Коли ви востаннє щось їли?*Wann haben Sie das letzte mal etwas gegessen?*

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вранці
<i>morgens</i> | <input type="checkbox"/> опівдні
<i>mittags</i> | <input type="checkbox"/> ввечері
<i>abends</i> | <input type="checkbox"/> вночі
<i>nachts</i> |
|---|--|---|---|

Скільки приблизно ви випили за останні 12 годин?**(кава, чай, вода, сік)***Wie viel haben Sie in den letzten 12 Stunden ungefähr getrunken? (Kaffee, Tee, Wasser, Saft)*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0-1 л
<i>0 - 1 Liter</i> | <input type="checkbox"/> 1-2 л
<i>1 - 2 Liter</i> | <input type="checkbox"/> більше 2 л
<i>mehr als 2 Liter</i> |
|--|--|--|

За бажанням *Optional***Ми хотіли б відвезти вас до лікарні для подальшого аналізу. Ви згодні?***Wir würden dich gerne für weitere Untersuchungen in ein Krankenhaus bringen lassen. Ist das für dich in Ordnung?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Так
<i>Ja</i> | <input type="checkbox"/> Ні
<i>Nein</i> |
|---|--|