

Анкета пацієнта

Patientenfragebogen

Будь ласка, заповніть анкету. Будь ласка, дайте повну відповідь на всі запитання, незалежно від того, чи вважаєте ви це важливим для вашої поточної проблеми чи ні.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

1. контактні дані | Kontaktdaten

Прізвище Name	Громадянство Staatsbürgerschaft
Ім'я Vorname	Країна/місце походження Land/Herkunftsort
Дата народження Geburtsdatum	
сімейний стан Familienstand	поточна адреса в Німеччині (наскільки вже відомо): Aktuelle Adresse in Deutschland (soweit schon bekannt):
Робота Beruf	
електронна пошта E-Mail	Розташування Ort
Телефон Telefon	Адреса Adresse
Номер телефону перекладача Telefonnummer des Übersetzers	

Інформація для неповнолітніх | Angaben für Minderjährige

Прізвище Name	Дата народження Geburtsdatum
Ім'я Vorname	Громадянство Staatsbürgerschaft

Ви вже отримали німецьку картку медичного страхування?

Haben Sie bereits eine deutsche Krankenversicherungskarte erhalten?

ні | Nein

Так | Ja

Ви вже зареєструвалися в імміграційних органах?

Haben Sie sich bereits bei der Ausländerbehörde gemeldet?

ні | Nein

Так | Ja

сертифікат вакцинації?

Impfpass vorhanden?

ні | Nein

Так | Ja

Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров'я! Інформація захищена медичною конфіденційністю та захистом даних і обробляється в умовах суворої конфіденційності.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit so genau wie möglich! Die Informationen sind durch die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz geschützt und werden streng vertraulich behandelt.

Анкета пацієнта

Patientenfragebogen

2. Які у вас скарги? | Welche Beschwerden haben Sie?

<input type="checkbox"/>	кошмари Alpträume	<input type="checkbox"/>	задишка Luftnot
<input type="checkbox"/>	страх Angst	<input type="checkbox"/>	втома Müdigkeit
<input type="checkbox"/>	збільшена менструація Ausfluss, erhöhte Menstruation	<input type="checkbox"/>	виділення вологи Nässen
<input type="checkbox"/>	кровотеча Blutung	<input type="checkbox"/>	пригніченість Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/>	відчуття тиску Druckgefühl	<input type="checkbox"/>	біль нирок Nierenschmerzen
<input type="checkbox"/>	діарея Durchfall	<input type="checkbox"/>	зараження паразитами Parasitenbefall
<input type="checkbox"/>	підвищена температура Fieber	<input type="checkbox"/>	порушення менструального циклу Regelstörung
<input type="checkbox"/>	порушення запаху Geruchsstörung	<input type="checkbox"/>	біль у спині Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/>	порушення смаку Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/>	біль при сечовині Schmerzen beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/>	втрата волосся Haarausfall	<input type="checkbox"/>	набряк Schwellung
<input type="checkbox"/>	прискорене серцебиття Herzrasen	<input type="checkbox"/>	глухота Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/>	порушення серцевої діяльності Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	пітливість Schwitzen
<input type="checkbox"/>	кашляти Husten	<input type="checkbox"/>	порушення зору Sehstörung
<input type="checkbox"/>	свербіж Jucken	<input type="checkbox"/>	порушення мовлення Sprachstörung
<input type="checkbox"/>	біль в голові Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	глухота Taubheit
<input type="checkbox"/>	судома Krampf	<input type="checkbox"/>	перегрів Überwärmung
<input type="checkbox"/>	поколювання Kribbeln	<input type="checkbox"/>	переохолодження Unterkühlung, Frieren
<input type="checkbox"/>	паралічі Lähmung	<input type="checkbox"/>	Запор Verstopfung
<input type="checkbox"/>	погана продуктивність Leistungsschwäche	<input type="checkbox"/>	Різне Sonstiges

3. Чи є у вас інші захворювання? | Haben Sie andere Krankheiten?

<input type="checkbox"/>	ні Nein	<input type="checkbox"/>	Так (то який?) Ja (welche?)	<input type="checkbox"/>	простата Prostata
<input type="checkbox"/>	Остеоартроз Arthrose	<input type="checkbox"/>	геморой Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Ревматизм Rheuma
<input type="checkbox"/>	Астма Asthma	<input type="checkbox"/>	Шкіра Haut	<input type="checkbox"/>	Щитовидна залоза Schilddrüse
<input type="checkbox"/>	Сечовий міхур Blase	<input type="checkbox"/>	Гепатит Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Інсульт Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Гіпертонія Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	інфаркт міокарда Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	тромбоз Thrombose
<input type="checkbox"/>	Бронхіт Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Кістка Knochen	<input type="checkbox"/>	Туберкульоз Tuberkulose
<input type="checkbox"/>	Грудна клітка Brust	<input type="checkbox"/>	Печінка Leber	<input type="checkbox"/>	Пухлина Tumor
<input type="checkbox"/>	кишечник Darm	<input type="checkbox"/>	легені Lunge	<input type="checkbox"/>	Хребет Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	жовчний міхур Gallenblase	<input type="checkbox"/>	Шлунок Magen	<input type="checkbox"/>	цукровий діабет Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/>	Матка Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	М'язи Muskeln	<input type="checkbox"/>	Різне Sonstiges
<input type="checkbox"/>	Суглоби Gelenke	<input type="checkbox"/>	Нирки Niere		
<input type="checkbox"/>	ВІЛ-інфекція/стадія СНІД HIV-Infektion/AIDS-Stadium	<input type="checkbox"/>	психічний розлад psychische Störung		

4. Чи є в родині спадкові, пухлинні або метаболічні захворювання (наприклад, цукор)? Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?

<input type="checkbox"/>	ні Nein	<input type="checkbox"/>	Так (то який?) Ja (welche?)
<hr/>			
<hr/>			

Анкета пацієнта

Patientenfragebogen

5. Чи були у вас якісь операції чи інші методи лікування? | Hatten Sie Operationen oder andere Behandlungen?

ні | Nein

Так (то який?) | Ja (welche?)

Аборт | Ausschabung/Abtreibung

Опромінення | Bestrahlung

Сечовий міхур | Blase

апендикс | Blinddarm

Грудна клітка | Brust

Хіміотерапія | Chemotherapie

кишечник | Darm

жовчний міхур | Galle

Матка | Gebärmutter

Суглоби | Gelenke

Шкіра | Haut

геморой | Hämorrhoiden

інфаркт міокарда | Herzinfarkt

Кесарів розтин | Kaiserschnitt

Кістка | Knochen

Печінка | Leber

легені | Lunge

Шлунок | Magen

Нирки | Niere

простата | Prostata

Щитовидна залоза | Schilddrüse

кардіостимулятор | Schrittmacher

Хребет | Wirbelsäule

різне | Sonstiges

6. Які ліки ви зараз приймаєте? | Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

7. Чи є у вас відомі алергії? | Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ліки | Medikamente

Харчування | Nahrungsmittel

Пилок | Pollen

Інше | andere

8. Вагітність | Schwangerschaft

ні | Nein

Так | Ja → Якщо так, на якому місяці? | Wenn ja, welcher Monat? _____

9. Вимірювання тіла | Körpermaße

маса тіла (кг) | Körpergewicht (kg): _____

Висота (см) | Körpergröße (cm): _____

10. Ви курите | Rauchen Sie?

ні | Nein

Так | Ja

11. регулярне вживання алкоголю, наркотиків, транквілізаторів regelmäßiger Konsum von Alkohol, Drogen, Beruhigungsmitteln?

ні | Nein

Так | Ja

12. різне | Sonstiges

дата | Datum

підпис | Unterschrift