

Name, Vorname des/der Versicherten (Имя, Фамилия пациента)	geboren am (дата рождения)

Russisch

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

Poštovani pacijenti,

Radi što uspješnijeg liječenja i pronalaženja najboljeg načina za vaše ozdravljenje, molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja vezane sa vašim prethodnim stanjem (Anamneza).

Svi vaši podaci podležu doktorskoj poslovnoj tajnosti.

Ako postoje bilo kakve nejasnoće, možete se slobodno nama obratiti za pomoć .

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?  
(Были ли у Вас, или есть следующие заболевания?)

	ja (да)	nein (нет)
1 Allergie (Аллергия)		
1.1 Antibiotikum/Penicillin (на антибиотики)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Latex (на латекс)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Vinyl (на винил)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Sonstige... (другое)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Anfallsleiden (Epilepsie) (Приступы (Эпилепсия))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Atemwegserkrankungen (Заболевания дыхательных путей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Blutgerinnungsstörung (Плохая сворачиваемость крови)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Diabetes (Диабет)		
5.1 juvenile I (Spritze) (врождённый (уколы))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Altersdiabetes II (Tabletten) (приобретённый (таблетки))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Glaukom (erhöhter Augendruck) (глаукома (повышенное глазное давление))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe) (Гематологические заболевания (заболевания органов кроветворения))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung (Сердечно-сосудистые заболевания)		
8.1 Herzinsuffizienz (Herzschwäche) (сердечная недостаточность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris (Brustenge) (коронарная болезнь (стенокардия))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Herzinfarkt (сердечный инфаркт)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Herzrhythmusstörungen (аритмия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Herzschrittmacher (кардиостимулятор)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz (порок сердца/-искусственный клапан)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck) (гипертония (высокое кровяное давление))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck) (гипотония (низкое кровяное давление))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Mangel durchblutung des Zentralen Nervensystems/ Schlaganfall (недостаточное кровоснабжении центральной нервной системы, инсульт)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Initiiert vom:



Unterstützt von:












ja nein

(да) (нет)

- 9 Infektionskrankheiten  
(инфекционные заболевания)
- 9.1 Hepatitis (A, B, C)  
(Гепатит (A,B,C))   **Typ:** A  B  C   
(Тип)
- 9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)  
(СПИД)
- 10 Lebererkrankungen  
(Заболевания печени)
- 11 Magen-Darm-Erkrankungen  
(забол. Желуд.-кишечного тракта)
- 12 Nierenerkrankungen  
(Заболевания почек)
- 12.1 Chronische Niereninsuffizienz  
(Nierenschwäche)  
(Хроническая почечная недостаточность)
- 12.2 Dialyse  
(Диализ)
- 13 Osteoporose (Knochenschwund)  
(Остеопороз)
- 14 Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung)  
(ревматический артрит)
- 15 Schilddrüsenerkrankungen  
(заболевания щитовидной железы)
- 16 Tumorerkrankungen  
(опухоли)
- 17 frühere Operationen?  
(перенесённые операции)
- 17.1 Herz (сердца)
- 17.2 Leber (печени)
- 17.3 Niere (почек)
- 17.4 Sonstige (другие) ...
- 18 Haben Sie Angst vor der Behandlung?  
(испытываете ли Вы страх перед лечением?)
- 19 Besteht eine Schwangerschaft?  
(есть ли беременность?)   Wenn ja, im wievielten Monat?  
(Если да, сколько месяцев?)  
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
- 20 Nehmen Sie Medikamente?  
(вы принимаете сейчас медикаменты?)
- 20.1 Blutverdünnende Mittel  
(препараты, разжижающие кровь)
- 20.2 Mittel gegen hohen/niedrigen  
Blutdruck  
(препараты против повышенного / пониженного давления)
- 20.3 Schmerzmittel  
(сердечные препараты)
- 20.4 Psychopharmaka  
(психотропные препараты)
- 20.5 Sonstige ...  
(другие)

Die sich auf dem Bogen befindlichen Informationen sowie die Übersetzungen wurden sorgfältig und nach bestem Wissen erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Bögen und insbesondere der Übersetzungen wird dennoch nicht übernommen.

Datum, Unterschrift

(Дата, подпись)