

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit.

Уважаемая пациентка! Уважаемый пациент!

Пожалуйста, заполните эту анкету полностью и точно и принесите её с собой на первый приём.

Подчеркните свой ответ: Ja означает Да, nein означает Нет.

1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation? ja nein
Welche und wann?

Были ли у Вас операции, кроме удаления аппендикса и миндалин? Какие и когда?

.....
.....
.....

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein
Welche und wann oder seit wann?

Было ли у Вас или есть сейчас онкологическое заболевание? Какое и когда или с какого времени?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

Был ли у Вас инфаркт сердца? Когда?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

Был ли у Вас инсульт? Когда?

.....

5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt? Ja nein
Welches und wann?

Были ли у Вас тромбоз или инфаркт лёгкого? Что именно и когда?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein
Seit wann?

Страдаете ли Вы повышенным артериальным давлением? С какого времени?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

Есть ли у Вас сахарный диабет? С какого времени?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein
Seit wann?

Страдаете ли Вы астмой? С какого времени?

.....

9. Leiden Sie an einer chronischen oder angeborenen Erkrankung? Ja nein
z.B. Herz-, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren- Hauterkrankung,
Blutungskrankheit, chronische Polyarthritis, seelische Erkrankung
Welche und seit wann?

Страдаете ли Вы хроническим или врождённым заболеванием?

Напр. заболеванием сердца, печени, желудка, кишечника, почек или кожи,
нарушением свёртываемости крови, хроническим полиартритом, психическим заболеванием.
Каким и с какого времени?

.....

.....

.....

10. Haben Sie Metallteile im Körper? ja nein
z.B. Klammern nach Gallen- oder Herz-OP, künstliche Gelenke,
Nägel oder Schrauben nach Knochenbruch, Metallsplitter, Spirale,
Zahnimplantate
Welche und wo?

Есть ли у Вас металлические части в организме? Напр. скобы после операции на желчном пузыре или сердце,
искусственные суставы, гвозди или винты после перелома, металлические осколки, спираль,
зубные имплантаты. Какие и где?

.....

.....

11. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes
elektronisches Gerät (Defibrillator, Nervenstimulator, Tiefenhirnstimulation) ja nein
Welches? Seit wann?

Есть ли у Вас кардиостимулятор или другое имплантированное электронное устройство?
(Дефибриллятор, стимулятор нервов, глубокая стимуляция мозга)
Какое? С какого времени?

.....

12. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente (auch Spritzen ja nein
und Infusionen)?
Welche?

Принимаете ли Вы постоянно или временно лекарства (включая инъекции и инфузии)?
Какие?

.....

.....

.....

13. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente? Ja nein
z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder Spritzen?
Welches?

Принимаете ли Вы антикоагулянты (препараты для разжижения крови)?
Напр. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa или инъекции?
Какие?

.....

14. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie Hepatits B, C, Tuberkulose, HIV, MRSA? Ja nein
Welche und wann/seit wann?

Страдаете ли Вы или страдали инфекционным заболеванием, например гепатитом В, С, туберкулёзом, HIV, MRSA? Каким и когда/с какого времени?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?
Есть ли у Вас известные аллергии? Склонны ли Вы к кожной сыпи? Какие?

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?
Была ли у Вас когда-либо эпилепсия (судорожные приступы)?
С какого времени? Когда был последний приступ?

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?
Были ли случаи плохой переносимости физиотерапии или проблемы после неё?
Какой именно?

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Для женщин: Вы беременны?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?
Диагностирован ли у Вас остеопороз?
Принимаете ли Вы лекарства от него и какие?

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?
Были ли у Вас переломы костей? Какие, когда и где?

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Страдаете ли Вы варикозным расширением вен?

NameGeburtsdatum.....
Имя и фамилия Дата рождения

Datum.....Unterschrift.....
Дата Подпись