Hilfs-Formular für einen Arztbesuch
Вспомогательный бланк для посещения врача



Guten Tag!

Mein Name ist _____,
ich komme aus der Ukraine und spreche leider kein Deutsch. Ich habe in diesem Formular Angaben zu den Beschwerden gemacht. Bitte stellen Sie mir nach der Untersuchung eine schriftliche Diagnose aus und schreiben Sie bitte die Medikamente und die nächsten Schritte auf. Ich habe die Möglichkeit mir das Schreiben übersetzen zu lassen. Vielen Dank!

Добрый день!
Меня зовут ___, я приехал/а из Украины и, к сожалению, не говорю по-немецки. Я заполнил/а информацию о жалобах в этом бланке. После осмотра, пожалуйста, предоставьте мне письменный диагноз, назначения и напишите дальнейшие действия. У меня есть возможность перевести письмо. Большое спасибо!

☐ Ich soll untersucht werden *(Обследование меня)*
☐ Ich bin schwanger, Monat *(Я беременная, месяц)*: _____
☐ Das Kind soll untersucht werden *(Обследование ребёнка)*

Beschwerden der zu untersuchenden Person *(Жалобы обследуемого)*:

☐ Fieber *(Температура)*
☐ Halsschmerzen *(Боли в горле)*
☐ Ohrenschmerzen *(Боли в ухе)*
  ☐ Rechts *(Справа)* ☐ Links *(Слева)*
☐ Ohrgeräusche / Tinnitus *(Звуки в ухе)*
  ☐ Rechts *(Справа)* ☐ Links *(Слева)*
☐ Schnupfen *(Насморк)*
☐ Gliederschmerzen *(Ломота в теле)*
☐ Kopfschmerzen *(Головная боль)*
☐ Migräne *(Мигрень)*
☐ Schwindel *(Головокружение)*
☐ Magenschmerzen *(Боль в желудке)*
☐ Sodbrennen *(Изжога)*
☐ Bauchschmerzen *(Боль в животе)*
  ☐ Rechts *(Справа)* ☐ Links *(Слева)* ☐ Mitte *(Центр)*
☐ Übelkeit *(Тошнота)*
☐ Erbrechen *(рвота)*
☐ Durchfall *(Диарея)*
☐ Unterleibschmerzen *(Боли внизу живота)*
  ☐ Rechts *(Справа)* ☐ Links *(Слева)* ☐ Mitte *(Центр)*
☐ Schmerzen beim Wasserlassen
  (Боль при мочеиспускании)
☐ Atembeschwerden *(Проблемы с дыханием)*
☐ Muskelverspannung *(Мышечное напряжение)*
  ☐ Schultern *(Плечи)* ☐ Rücken *(Спина)*
☐ Rückenschmerzen *(Боли в спине)*
  ☐ Oben ☐ Unten ☐ Rechts ☐ Links ☐ Mitte
  (Вверху) (Внизу) (Справа) (Слева) (Центр)
☐ Gelenkschmerzen *(Боли в суставах)*
  ☐ Knie *(Колени)* ☐ Hände *(Руки)* ☐ Füße *(Ноги)*
☐ Herzprobleme *(Проблемы с сердцем)*
☐ Kreislaufprobleme *(Проблемы с кровообращением)*
☐ Schlafstörungen *(Нарушение сна)*
☐ Angstzustände *(Панические атаки)*
☐ Depressionen *(Депрессия)*
☐ Erschöpfung *(Хроническая усталость)*
☐ Wutanfälle *(Неконтролируемый гнев)*
☐ Veränderungen der Schleimhäute
  (Изменение слизистой оболочки)
  ☐ Mundbereich ☐ Genitalbereich
  (В области рта) (В области гениталий)
☐ Entzündung oder Rötung der Augen
  (Воспаление/покраснение глаз)
☐ Allergische Reaktion *(Аллергическая реакция)*
☐ Zeckenstich *(Укус клеща)*
☐ Schmerzen im Arm *(Боль в руке)*
  ☐ Rechts *(Справа)* ☐ Links *(Слева)*
☐ Schmerzen im Bein *(Боль в ноге)*
  ☐ Rechts *(Справа)* ☐ Links *(Слева)*
☐ Sonstiges *(Другое)*:_____

Ich nehme Medikamente ein *(Я принимаю медикаменты)*:
_____
_____

Ich leide an folgenden chronischen Erkrankungen *(Я страдаю хроническим/и заболеваниям/и)*:

☐ Allergie/n auf *(Аллергия на)*:
  _____
☐ Herzerkrankung *(Сердечные заболевания)*
☐ Kreislauf- Gefäßerkrankung
  (Сердечно-сосудистая система)
☐ Bluterkrankung *(Кровеносная система)*
☐ Lebererkrankung *(Заболевание печени)*
☐ Nieren- und Harnwegserkrankung
  (Мочеполовая система)
☐ Krankheiten im Verdauungstrakt
  (Желудочно-кишечный тракт)
☐ Diabetis *(Диабет)*
☐ Thrombose *(Тромбоз)*
☐ Magengeschwür *(Язва желудка)*
☐ Stoffwechselerkrankungen *(Эндокринная система)*
☐ Schilddrüsenerkrankungen *(Щитовидная железа)*
☐ Augenerkrankungen *(Болезнь глаз)*
☐ Lungen- und Atemwegserkrankung
  (Дыхательная система)
☐ Nervenleiden *(Нервные расстройства)*
☐ Gemütsleiden *(Психические расстройства)*
☐ Erkrankungen des Skelettsystems
  (Опорно-двигательный аппарат)
☐ Muskelerkrankungen *(Мышечные расстройства)*
☐ Onkologie *(Онкология)*
☐ Sonstiges *(Другое)*: _____

Dieses Formular ist nur als Hilfestellung anzusehen. Für die Übersetzungen wird keine Gewähr übernommen.
Этот бланк предназначен для помощи при коммуникации с докторами.
Мы не несем ответственность за правильность перевода.

Hilfs-Formular für einen Arztbesuch
Вспомогательный бланк для посещения врача

@GRUPPE_UKRAINE_ULM_NEU_ULM @ULM_HILFT_DE @GROUP_UKRAINE_HEIDENHEIM @HELPUKRAINE_ULM_BOT @HELPUKRAINE_HDH_BOT

COVID-19:

☐ Ich möchte gegen COVID-19 geimpft werden
(Я хочу сделать прививку против COVID-19)
☐ Ich wurde bereits gegen COVID-19 geimpft
(Мне уже делали прививку против COVID-19)
- ☐ am _____ mit dem Wirkstoff _____ *(DD.MM.YYYY числа веществом XY)*
- ☐ am _____ mit dem Wirkstoff _____ *(DD.MM.YYYY числа веществом XY)*
- ☐ am _____ mit dem Wirkstoff _____ *(DD.MM.YYYY числа веществом XY)*
- ☐ am _____ mit dem Wirkstoff _____ *(DD.MM.YYYY числа веществом XY)*

☐ Ich wurde noch nie gegen COVID-19 geimpft
(Мне ещё не делали прививку против COVID-19)
☐ Ich war an COVID-19 erkrankt am _____
(Я болел/а COVID-19 DD.MM.YYYY числа)

Vom Arzt auszufüllen ***(Заполняет доктор)*:**

☐ Sie bekommen eine Überweisung zu einem Facharzt, warten Sie bitte an der Rezeption
(Вы получите направление к специалисту у помошника врача, подождите пожалуйста на входе возле регистрации)
☐ Sie bekommen ein Rezept, warten Sie bitte an der Rezeption
(Вы получите рецепт на медикаменты у помошника врача, подождите пожалуйста на входе возле регистрации)
Покажите рецепт в аптеке, вам дадут медикаменты
☐ Sie bekommen kein Rezept, Sie müssen folgende Medikamente selbst in der Apotheke holen:
(Вы не получите рецепт, Вы должны сами приобрести в аптеке следующие медикаменты)

_____
_____
_____

☐ Sie bekommen einen neuen Termin, warten Sie bitte an der Rezeption
(Вас запишут на следующее обследование у помошника врача, подождите пожалуйста на входе возле регистрации)
☐ Es ist alles in Ordnung *(У Вас всё в порядке)*
☐ Sie können gleich gehen *(Вы можете сразу идти)*
☐ Sonstiges *(Другое)*:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Dieses Formular ist nur als Hilfestellung anzusehen. Für die Übersetzungen wird keine Gewähr übernommen.
Этот бланк предназначен для помощи при коммуникации с докторами.
Мы не несем ответственность за правильность перевода.