



RUSSISCH/РОССИЯ

10. Störung der Sinneswahrnehmung *- нарушение работы органов чувств*

DEUTSCH

РОССИЯ

Veränderung/Störung der
Sinneswahrnehmung

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Изменение/нарушение работы
органов чувств

Пожалуйста отметьте

JA/ ДА NEIN/
НЕТ

Ich habe mich verletzt oder hatte
einen Unfall.

*У меня травма или у меня
был несчастный случай.*

☐
☐

Ich habe bekannte Rückenprobleme.

У меня проблемы са спиной.

☐
☐

Ich hatte schon einmal einen
Bandscheibenvorfall.

*У меня однажды была грыжа
межпозвоночного диска.*

☐
☐

Ich habe eine bekannte
Nervenerkrankung.

*У меня есть неврологическое
заболевание.*

☐
☐

Multiple Sklerose

Рассеянный склероз.

☐
☐

Tumorerkrankung im Bereich des
Nervensystems

*Опухоль в районе нервной
системы.*

☐
☐

Ich hatte bereits einen Schlaganfall.

У меня был инсульт.

☐
☐

Taubheitsgefühl

Онемение

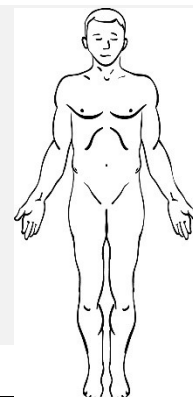
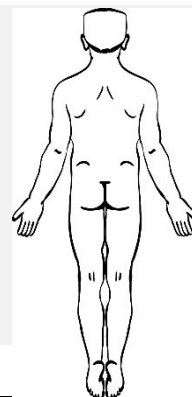
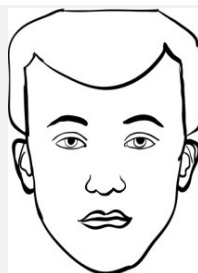
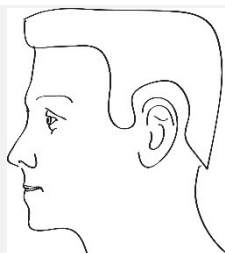
☐
☐

Wenn ja:

Если да:

Welche Körperregionen sind
betroffen? Bitte einzeichnen.

*На каких областях тела?
Пожалуйста отметьте.*





Nein/
Нет

Ich empfinde einen Unterschied
zwischen meinen beiden
Körperhälften.

Я чувствую разницу между левой
и правой половиной моего
тела

☐☐

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

☐☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

☐ ein paar Stunden

Пару часов

☐ 1 Tag

1 день

☐ 2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

☐ über 1 Woche

Долше 1 недели

☐ 1 Monat

1 месяц

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

☐ schleichend

Постепенно

☐ plötzlich

Внезапно

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall

Из-за травмы/несчастного случая

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Из-за другого события

LÄHMUNG

ПАРАЛИЧ

☐☐

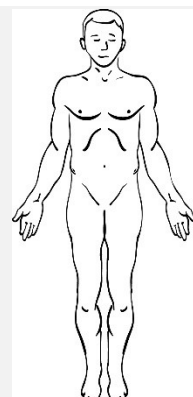
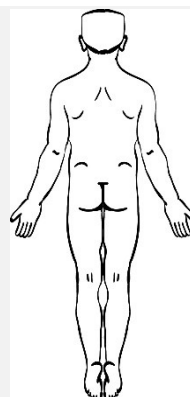
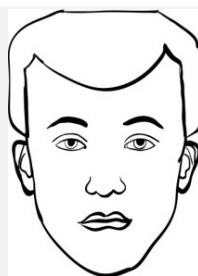
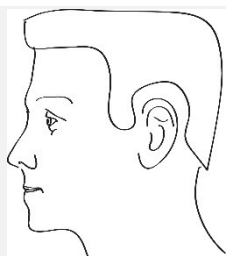
Wenn ja:

Если да:

Welche Körperregionen sind
betroffen? Bitte einzeichnen.

На каких областях тела?

Пожалуйста отметьте.



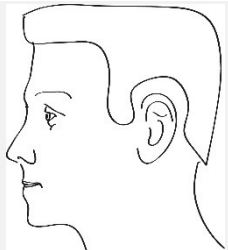

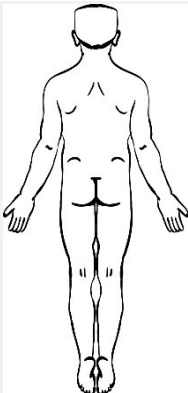
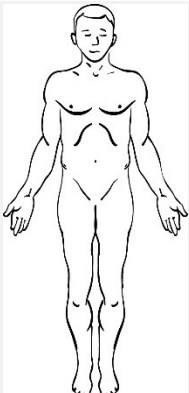


		Ja/ Да	Nein/ Нет
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Мои жалобы только на одной половине моего тела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. **ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ**

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события

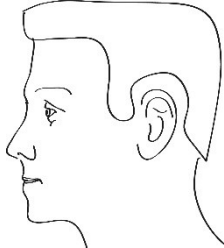
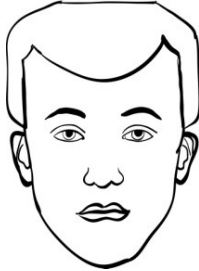
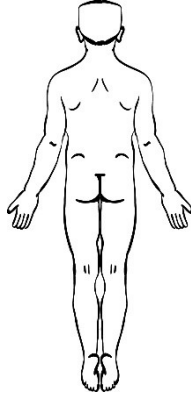
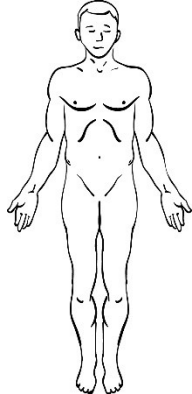
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Mir ist schwindelig.	У меня головокружительное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln	Зудеть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	На каких областях тела? Пожалуйста отметьте.		
			



		Ja/ Да	Nein/ Нет
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	<i>Мои жалобы только на одной половине моего тела.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.	ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Пару часов</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
Welche Qualität haben die Beschwerden?	<i>Как проявляются ваши жалобы?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Пожалуйста отметьте</i>		
<input type="checkbox"/> zunehmend	<i>Увеличиваются</i>		
<input type="checkbox"/> konstant	<i>Неменяются</i>		
<input type="checkbox"/> abnehmend	<i>Уменьшаются</i>		
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	<i>То сильнее, то слабее</i>		
<input type="checkbox"/> wandernd	<i>С места на места</i>		
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	<i>Во время механического давления увеличиваются</i>		
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	<i>Уменьшаются когда я двигаюсь</i>		
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	<i>Увеличиваются когда я двигаюсь</i>		



		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Kraftverlust	Потеря силы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WENN JA:	ЕСЛИ ДА:		
<input type="checkbox"/> Welche Körperregionen sind betroffen?	Где? Пожалуйста отметьте		
			
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Мои жалобы только на одной половине моего тело.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Verlust des Geschmackssinnes	Потеря чувство вкуса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

☐☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | Пару часов |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | 1 день |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | От 2 до 6 дней |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | Долше 1 недели |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | 1 месяц |

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schleichend | Постепенно |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | Внезапно |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | Из-за травмы/несчастного случая |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | Из-за другого события |

JA/ ДА

NEIN/
НЕТ

Ich kann überhaupt keinen
Geschmack mehr wahrnehmen.

Я вообще не чувствую вкус.

☐☐

Ich kann heiß und kalt im Mundraum
nicht unterscheiden.

Я не могу различать горячо и
холодно во рту.

☐☐

Ich kann folgende
Geschmacksrichtung nicht mehr
wahrnehmen:

Я не чувствую следующее:

- | | |
|---------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> süß | сладко |
| <input type="checkbox"/> sauer | кисло |
| <input type="checkbox"/> salzig | солёно |
| <input type="checkbox"/> bitter | горько |
| <input type="checkbox"/> scharf | остро |

JA/ ДА

NEIN/
НЕТ

Mein Gehör hat sich verschlechtert.

Мой слух ухудшился.

☐☐

Wenn ja:

Если да:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> beide Ohren | Оба уха |
| <input type="checkbox"/> nur ein Ohr | Только одно ухо |



		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich höre nichts mehr.	Я ничего больше не слышу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	Оба уха		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	Только одно ухо		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Mir ist schwindelig.	У меня головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	У меня боль в ушах.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.	У меня заново нарушилось зрение.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
<input type="checkbox"/> einseitig	На одном глазу		
<input type="checkbox"/> beidseitig	На обоих глазах		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich sehe verschwommen/unscharf.	Я вижу нерезко.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen. *Я плохо вижу вблизи.* ☐ ☐

Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen. *Я плохо вижу вдалеке.* ☐ ☐

Ich habe Doppelbilder. *Я вижу двойные изображения.* ☐ ☐

Ich sehe wie durch einen Tunnel. *Я вижу как через туннель.* ☐ ☐

Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden. *Я не различаю цвета.* ☐ ☐

Mir ist schwindelig. *У меня головокружение.* ☐ ☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? *С каких пор у вас жалобы?* ☐ ☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. *Пожалуйста отметьте*

☐ ein paar Stunden *Пару часов*

☐ 1 Tag *1 день*

☐ 2 bis 6 Tage *От 2 до 6 дней*

☐ über 1 Woche *Долше 1 недели*

☐ 1 Monat *1 месяц*

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? *Как возникли ваши жалобы?*

☐ schleichend *Постепенно*

☐ plötzlich *Внезапно*

☐ durch eine Verletzung/einen Unfall *Из-за травмы/несчастного случая*

☐ durch ein anderes Ereignis ausgelöst *Из-за другого события*

JA/ ДА
NEIN/
НЕТ

Ich habe meinen Geruchssinn verloren. *Я потерял чувство обоняния* ☐ ☐

Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst. *Я чувствую запахи хуже чем раньше.* ☐ ☐

Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen. *Я чувствую только резкие и неприятные запахи.* ☐ ☐

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? *С каких пор у вас жалобы?* ☐ ☐

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. *Пожалуйста отметьте*

☐ ein paar Stunden *Пару часов*

☐ 1 Tag *1 день*



<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>