



RUSSISCH/РОССИЯ

2. Vorerkrankungen -существующие условия

DEUTSCH

РОССИЯ

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

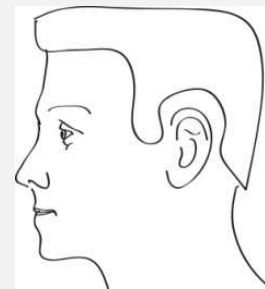
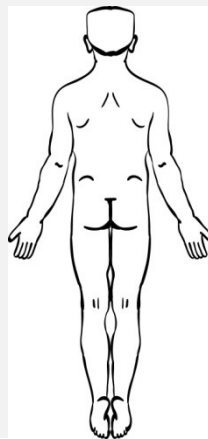
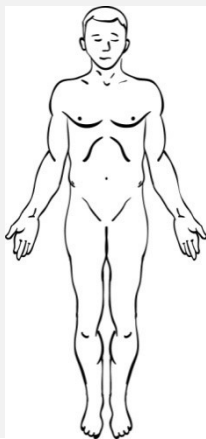
Пожалуйста отметьте крестиком.

		Ja/ Да	Nein/ Нет
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	У меня есть аутоиммунное заболевание.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert?	У вас были операции.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.

Если да, где? Пожалуйста отметьте.

☐ ☐



Herz-Kreislauf-Erkrankung

Сердечно-сосудистые заболевание.

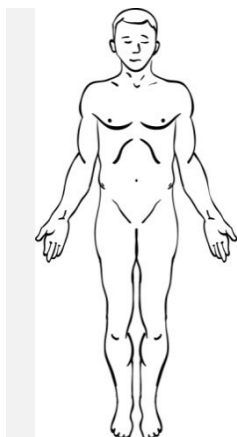
		Ja/ Да	Nein/ Нет
Herzrhythmusstörungen	Нарушение сердечного ритма.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	Учащенное сердцебиение.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Постоянно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	Приступалие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	Аритлие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



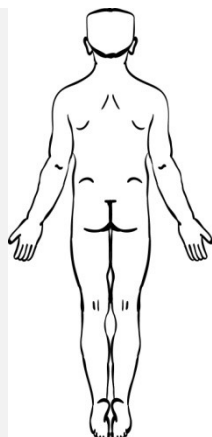
Herzschrittmacher-Operation	Злектростимулятор сердца - операция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	Я принимаю по этой причине медикамент	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Повышенное кровяное Давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	Сужение сосудов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	По этой причине меня прооперировали.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen Овмена веществ

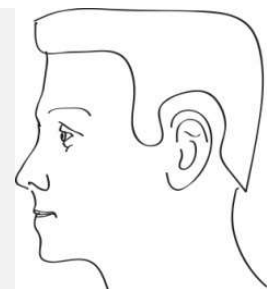
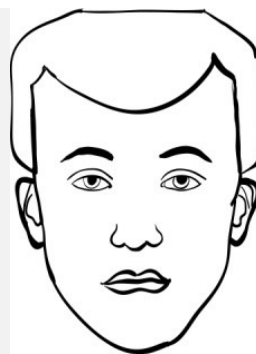
		Ja/ Да	Nein /Нет
Diabetes	Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	Таблетки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/Spritze	Инсулин/инъекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	Нарушение функции щетовидной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	Несворачиваемость крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	У Вас есть аллергия на какой-то медикамент?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien?	У Вас есть другие аллергии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	У вас есть опухолевое заболевание? Если да, пожалуйста отметьте.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chemotherapie



Химиотерапия



Bestrahlung	Облучение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	Артроз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	Ревматизм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chronisch entzündliche Darmerkrankung	Хроническое воспаление желудочно-кишечного тракта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	Язвенный колит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	Болезнь Крона	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	Заболевание дыхательных путей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Хроническое обструктивное заболевание лёгких	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheit

Инфекционная болезнь

		Ja/ Да	Nein / Нет
HIV	ВИЧ вирус иммунодефицита человека	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	Вирус - гепатит печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	Сифилис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Туберкулёз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	Холера	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	Ветряная оспа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	Корь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	Краснуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	Дифтерия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	Тиф	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konsumieren Sie eine oder
mehrere der folgenden
Substanzen? Bitte
Zutreffendes ankreuzen.

Принимаете ли вы какие-либо из
этих веществ? Пожалуйста
отметьте.

		Ja/ Да	Nein / Нет
Alkohol	Алкоголь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	Никотин/табак	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	Другие наркотики	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	Я принимаю наркотики (также марижуану)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke Alkohol.	Я пью алкоголь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>