

RUSSISCH/РОССИЯ

13. Covid 19-Verdacht

- коронави́рус подозре́ние

DEUTSCH

РОССИЯ

Vorname	Имя :
Nachname	Фамилия :
Geschlecht	Пол
-weiblich	Женщина <input type="checkbox"/>
-männlich	Мужчина <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	Рост в сантиметрах:
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	Килоуз
	kg

Kommentiert [SP1]: Fragen Nr.:

2
3
4
5
6
7
9
10

Kommentiert [SP2]:

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ

	Ja/ Да	Nein / Нет
Angehöriger oder Ansprechpartner <i>Родственник или ответственный сотрудник.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <i>Если женщина: имеется ли беременность</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. <i>Если вы принимаете лекарственное средство, покажите пожалуйста упаковку врачу, если это возможно.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. <i>Я чувствую печаль или имею страх.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Panikattacken. <i>У меня приступы паники.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhöhte Körpertemperatur/Fieber x

Seit wann haben Sie erhöhte *С каких пор?*

Körpertemperatur?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <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>Больше, чем 1 неделю</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 месяц</i> |

JA/ ДА NEIN/
НЕТ

Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen? *Вы мерели температуру градусником?*

Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? Bitte aufschreiben *Если да, кокова температура тела? Напишите рошалуйста.: _____ °C*

Haben Sie Gliederschmerzen? *У вас есть боль в суставах?*

Haben Sie Husten? *У вас есть кашель?*

Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf. *У меня есть кашель, но без крови.*

Haben Sie Halsschmerzen? *У вас болит горло?*

Ich habe Halsschmerzen. *У меня болит горло.*

Ich habe Schnupfen. *У меня насморк.*

Ich habe Ohrenscherzen. *У меня боли в ушах*

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt? *Есть ещё больные в вашей окружении?*

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? *У вас есть боль при мочеиспускании?*

Haben Sie Hautausschlag? *У вас есть сыпь на коже?*

Haben Sie Bauchschmerzen? *У вас болит шивот?*

Kommentiert [SP3]:
172

...

SEIT WANN HABEN SIE ATEMBESCHWERDEN?

С КАКИХ ПОР У ВАС ОДЫШКА?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Tag | 1 <u>день</u> |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | От 2 до 6 дней |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | больше чем 1 неделю |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | 1 месяц |
| <input type="checkbox"/> immer | Постоянно |

Kommentiert [SP4]:
109

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ

		Ja/ Да	Nein/ Нет
Ich habe Atemnot.	у меня есть кислородное голодание.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	у меня есть прерывание дыхания во время сна.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	Я могу спать только сидев иначе мне нехватает воздуха.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	У меня опухшие ноги.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Atemnot haben, wann tritt diese auf?

Когда у вас появляется нехватка воздуха?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung | При нагрузке |
| <input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen | По ночам или лёжа |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Husten? Wenn ja: | у вас есть кашель? Если да: |
| <input type="checkbox"/> trockener Husten | Сухой кашель |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten | Сухой кашель |
| <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf | Слизистый кашель |
| <input type="checkbox"/> krampfartiger Husten | Судорожный кашель |
| <input type="checkbox"/> Wann haben Sie Husten? | Когда у вас кашель? |
| <input type="checkbox"/> nachts | По ночам |

<input type="checkbox"/> morgens	<i>По утрам</i>		
<input type="checkbox"/> mittags	<i>В обед</i>		
<input type="checkbox"/> abends	<i>Вечером</i>		
<input type="checkbox"/> immer	<i>Постоянно</i>		
<input type="checkbox"/> nur im Liegen	<i>Только лёжа</i>		
		Ja/ Да	Nein/ Нет
Sind Sie heiser?	<i>У вас есть хрипота?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie Tabak?	<i>Вы курите?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?	<i>у вас есть одышка если при нагрузке?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?	<i>у вас есть одышка если вы не двигаетесь?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Brustkorb eingengt an?	<i>Чувствуете ли вы сдавленность грудной клетки?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann fühlt sich ihr Brustkorb eingengt an?

Если да, когда вы чувствуете сдавленность грудной клетки?

<input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung	<i>при нагрузке</i>		
<input type="checkbox"/> in Ruhe	<i>в покое</i>		

SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

С КАКИХ ПОР У ВАС ПРОБЛЕМЫ С ПИЩЕВАРЕНИЕМ?

<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>Больше, чем 1 неделю</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
<input type="checkbox"/> Immer	<i>Постоянно</i>		
		Ja/ Да	Nein/Нет

Ist Ihnen übel?
Вас тошнит?

Haben Sie sich übergeben?
У вас была рвота?

Wenn ja:

Если да:

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> einmal | 1 раз |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal | 1-3 раза |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal | Больше чем 3 раза |
| <input type="checkbox"/> wenig | Мало |
| <input type="checkbox"/> schwallartig | Временами |
| <input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung | С кровью |

Nein/
Ja/ Да Нет

HABEN SIE DURCHFALL?
У ВАС ЕСТЬ ПОНОС?

Wenn ja*, wie häufig hatten Sie
innerhalb der letzten 24 Stunden
Durchfall?

Если да, сколько раз у вас был понос за
последние 24 часа?

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> einmal | 1 раз |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal | 1-3 раза |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal | Больше чем 3 раза |
| <input type="checkbox"/> Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? | Какая консистенция? |
| <input type="checkbox"/> breiig | Кашевудная |
| <input type="checkbox"/> flüssig | Жидкая |
| <input type="checkbox"/> Wässrig | Водянистая |