

Liebe Patientin! Lieber Patient!

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

Шановна пацієнтка! Шановний пацієнт!

Будь ласка, заповніть цю анкету повністю та точно та візьміть її з собою на перший прийом.

Підкресліть вашу відповідь, де Ja – це Так, nein – це Ні

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

Welche und wann?

Чи були у вас операції, окрім апендикса та мигдалин? Які і коли?

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

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein

Welche und wann oder seit wann?

Ви хворіли чи хворієте на рак? Як і коли, чи з якого часу?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Wann?

Чи був у вас був серцевий напад, інфаркт? Коли?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein

Wann?

Чи був у вас був інсульт? Коли?

.....

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

Welches und wann?

Чи був у вас був тромбоз або інфаркт легені? Який і коли?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein

Seit wann?

Ви страждаєте від високого кров'яного тиску? Відколи?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein

Seit wann?

Ви діабетик? Відколи?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein

Seit wann?

Ви страждаєте на астму? Відколи?

.....

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?

Чи страждаєте ви хронічним або вродженим захворюванням?

**Наприклад серце, печінка, шлунок, кишечник, нирки, захворювання шкіри,
Кровотеча, хронічний поліартрит, психічні захворювання
Вкажіть якими і відколи.**

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

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?

Чи є у вашому тілі металеві частини? Наприклад, затискачі після операції на жовчному міхурі або на серці, штучні суглоби. Спиці або шурупи після зламанних кісток, металеві осколки, спіралі, зубні імплантати тощо.

Вкажіть які і де.

.....
.....

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

У вас є кардіостимулятор чи інший імплантований пристрій? Електронні пристрої (дефібрилятор, нервовий стимулятор, глибока стимуляція мозку)?

Які? Відколи?

.....

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

Чи приймаєте ви ліки (або робите ін'єкції та крапельниці) постійно чи тимчасово? Вкажіть які.

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

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

Чи приймаєте ви антикоагулянти (препарати, що розріджують кров)?

**Наприклад, Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa або ін'єкції?
Вкажіть які.**

.....

