

Anamnese-/Patientenbogen - Russisch

Familienname/Фамилия: _____

Vorname/Имя: _____

Geburtsdatum/Год рождения: _____

Staatsangehörigkeit/Национальность: _____

Geburtsland und -ort/Страна и город рождения: _____

Sprachkenntnisse/Знание Языков: _____

Bei Minderjährigen/Несовершеннолетние

Familienname Vater/Фамилия отца: _____

Vorname Vater/Имя отца: _____

Geburtsdatum Vater/Дата рождения отца: _____

Staatsangehörigkeit/Национальность: _____

Geburtsland und -ort Vater/Страна и город рождения отца: _____

Familienname Mutter/Фамилия матери: _____

Vorname Mutter/Имя матери: _____

Geburtsdatum Mutter/Дата рождения матери: _____

Staatsangehörigkeit/Национальность: _____

Geburtsland und -ort Mutter/Страна и город рождения матери: _____

Telefon/Телефон: _____

Straße/Улица: _____

PLZ/Почтовый индекс: _____ Wohnort/Место жительства: _____

Hat oder hatte der Patient/Пациент имеет или имел:

Allergien/Аллергические реакции на : _____

Diabetes/Диабет: ja/да ___ nein/нет: ___

Schilddrüsenerkrankung/Заболевание щитовидной железы: ja/да: ___ nein/нет: ___

Infektionskrankheiten/У вас есть инфекционные заболевания: ja/да: _____ nein/нет: _____

Blutgerinnungsstörungen/Нарушения свертывания крови: ja/да: _____ nein/нет: _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen/Сердечно-сосудистые заболевания: ja/да: _____ nein/нет: _____

Nierenerkrankungen/Заболевания почек: ja/да: _____ nein/нет: _____

Asthma/Астма: ja/да: _____ nein/нет: _____ Schlaganfall/Инсульт: ja/да: _____ nein/нет: _____

Tumor, Krebs/Опухоль, рак: ja/да: _____ nein/нет: _____

Anfallsleiden/Эпилепсия: Ja/да: _____ nein/нет: _____

Besteht eine Schwangerschaft/Беременны вы: ja/да: _____ nein/нет: _____

Magen-/Darmerkrankung/Болезнь Желудка/Кишечника: ja/да: _____ nein/нет: _____

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/Есть ли у вас какие-либо другие
заболевания?: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/Вы принимаете какие-либо лекарства
регулярно (какие?): _____
