



RUSSISCH/РОССИЯ

11. Gynäkologische Beschwerden *- Гинекологические жалобы*

DEUTSCH

РОССИЯ

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

С КОКИХ 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	Больше, чем 1 неделю		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц		
Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur Zeit zutrifft.	Пожалуйста отметьте жто в данный момент соответствует.		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang	Проблемы при стуле.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?	Проблемы при мочеспускании. Если юа, какие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen beim Wasserlassen.	Горение во время мочеспускания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen nicht möglich	Мочеспускании не возможна.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin rot/blutig	Мочя красная/ с кровью .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Menstruationsbeschwerden	Общее менструацныонное жалобы.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsblutung mit Schmerzen	менструацнии с болью.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Stillen des Kindes	Проблемы во время кормления грудью.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	Боль во время полового сношения.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Brüste	Воль в груди.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Knoten in der Brust	Уплотнения в груди.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	Выделения из соска.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginaler Ausfluss	Выделения из женского органа.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?	Если да, какие выделения?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте.		
<input type="checkbox"/> gelb	Желтые		
<input type="checkbox"/> blutig	Кровеные		
<input type="checkbox"/> übelriechend	С неприятным запахом		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	Когда был последний день вашей менструации?		
<input type="checkbox"/> heute	Сегодня		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	С 1-5 дней назад		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	В течении последних 3 недель		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	Больше чем 1 месяц назад		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	Больше чем 6 месяцев назад		
<input type="checkbox"/> noch nie	Никогда		
		Ja/ Да	Nein/ Нет
vaginaler Juckreiz oder Brennen	Зуд или горение в области полового органа.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	У меня климакс.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	Мой климакс уже прошел.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	Возможно вы беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	Живёте регулярной половой жизнью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	У меня никогда не было половых отношений.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	Вы предохраняетесь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	Гормональна (на пример: противозачаточные таблетки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	Презервативы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	Ваш цикл регулярный?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal schwanger?	Имелась ли у вас беременность?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	У вас дети есть?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□	ЕСЛИ ДА, СКОЛКО? ОТМЕТЬТЕ СКОЛЬКО ДЕТЕЙ С КРЕСТИКАМИ В КЛЕТКАХ. □□□□□□□□□□□□□□□□		
Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	Были ли у вас осложнения во время родов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	Было у вас когданибудь прерывание беременности (медикаментозное или оперативное)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?	Вы теряли когданебудь ребёнка во время беременности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?	КАКИЕ БЫЛЕ РОДЫ?		
<input type="checkbox"/> normal	Естественные		
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	Кесарево сечение		
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	Сколко лет вашему ребёноку/вашем детям? Если у вас несколько детей, отметете несколько раз.		
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	Младше одного года		
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	Между 1-3 годами		
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	Старше 3 лет		
Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.	Была ли у вас операция на одном из следующих органов? Если да, пожалуйста отметьте.		
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	Матка		
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	Яичники		
<input type="checkbox"/> Brüste	грудь		
<input type="checkbox"/> Darm	Кишечник		
<input type="checkbox"/> Blinddarm	Слепая кишка		
<input type="checkbox"/> Gallenblase	Желчный пузырь		
<input type="checkbox"/> anderes Bauchorgan	Другой внутренний орган		



Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.	<i>Имелись ли в вашей семье знакома одна или более следующих болезней? Пожалуйста отметьте.</i>
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<i>Сахарный диабет</i>
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<i>Повышенное кровяное давление</i>
<input type="checkbox"/> Missbildungen	<i>Деформация</i>
<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe:	<i>Злокачественная опухоль балезн следующих органов:</i>
<input type="checkbox"/> Brust	<i>Грудь</i>
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<i>Матка</i>
<input type="checkbox"/> Gebärmutterhals	<i>Шейка матки</i>
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	<i>Яичники</i>
<input type="checkbox"/> Darm	<i>Кишечник</i>
<input type="checkbox"/> sonstige Organe	<i>Другие органы</i>
<input type="checkbox"/> Thrombose	<i>Закупорка вен</i>
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<i>Тромбоэмболия легких</i>
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<i>Нарушение свёртывания крови</i>
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	<i>Когда вы последний раз были у гинеколога?</i>
<input type="checkbox"/> noch nie	<i>Никогда</i>
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	<i>Последний год</i>
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	<i>В последние 5 лет</i>
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	<i>Больше чем 5 лет назад</i>
Schwangerschaft	<i>Беременность</i>
<input type="checkbox"/> Gibt es irgendwelche Dokumente über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt.	<i>У вас есть документы побеременности? Если да, покажите врачу.</i>
<input type="checkbox"/> In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? Bitte markieren Sie die Anzahl der Schwangerschaftswochen mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□...□ □□□□□□□□□□□□□□□□...□ _____	<i>На какой неделе беременности вы находитесь? Отметите сколько недель вы беременны крестиками в клетках. □□□□□□□□□□□□□□□□...□ _____</i>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Пожалуйста отметьте.</i>
<input type="checkbox"/> Welche Blutgruppe haben Sie?	<i>Какая группа крови у вас?</i>



<input type="checkbox"/> A	A
<input type="checkbox"/> B	B
<input type="checkbox"/> 0	0
<input type="checkbox"/> Rhesus positiv	Резус +
<input type="checkbox"/> Rhesus negativ	Резус -
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	Когда вы последний раз были у гинеколога?
<input type="checkbox"/> noch nie	Никогда
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	Последний год
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	В последниу 5 лет
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	Больше чем 5 лет назад