



## RUSSISCH/РОССИЯ

### 2. Vorerkrankungen

#### -существующие условия

## DEUTSCH

## РОССИЯ

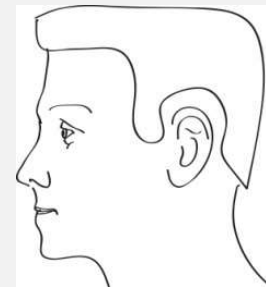
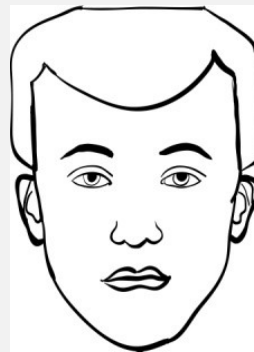
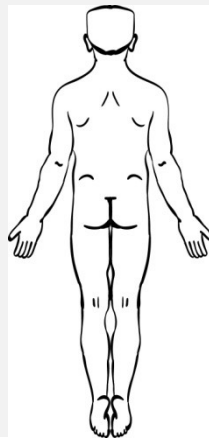
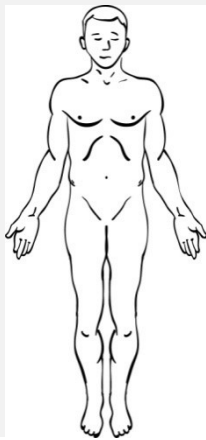
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

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.

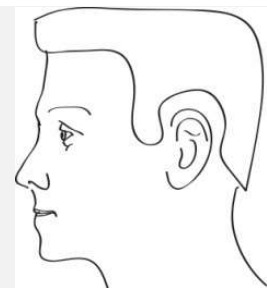
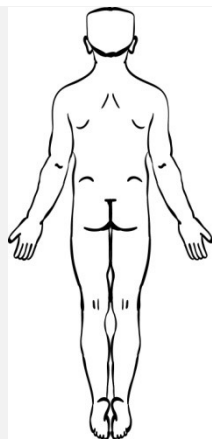
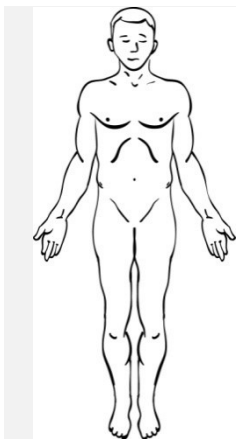
		Ja/ Да	Nein/ Нет
Herzrhythmusstörungen	Нарушение сердечного ритма.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	Учащенное сердцебиение.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Постоянно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	Приступалие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



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

**Stoffwechselerkrankungen**      **Овмена веществ**

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



Chemotherapie

*Химиотерапия*

Bestrahlung

*Облучение*

Arthrose

*Артроз*

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

### Infektionskrankheit

### Инфекционная болезнь

		Ja/ Да	Nein / Нет
HIV	<i>ВИЧ вирус иммунодефицита человека</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	<i>Вирус - гепатит печени</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<i>Сифилис</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<i>Туберкулёз</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	<i>Холера</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<i>Ветряная оспа</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<i>Корь</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<i>Краснуха</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<i>Дифтерия</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	<i>Тиф</i>	<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	<i>Алкоголь</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	<i>Никотин/табак</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	<i>Другие наркотики</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	<i>Я принимаю наркотики (также марихуану)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke Alkohol.	<i>Я пью алкоголь</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

