



RUSSISCH/РОССИЯ

10. Störung der Sinneswahrnehmung

- нарушение работы органов чувств

DEUTSCH

РОССИЯ

Veränderung/Störung der
Sinneswahrnehmung

Изменение/нарушение работы
органов чувств

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

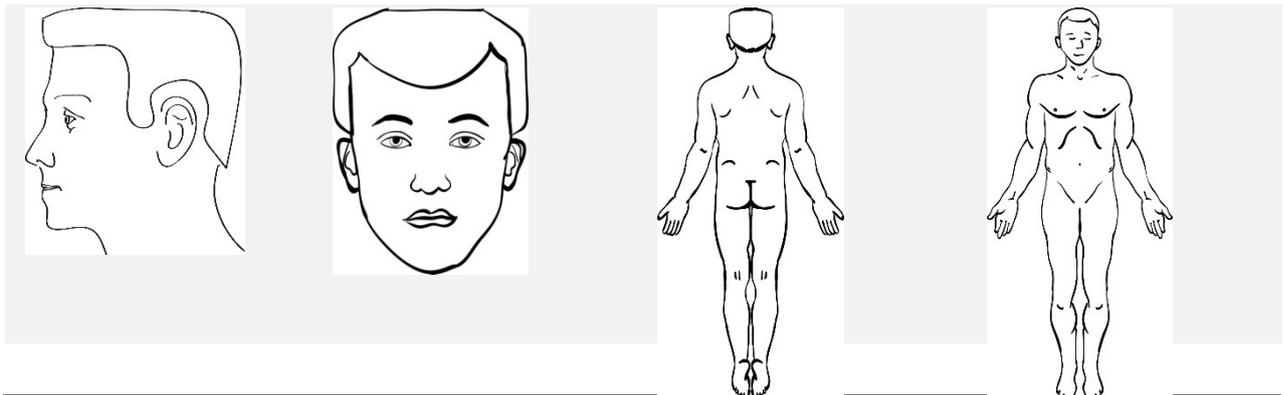
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	<i>У меня травма или у меня был несчастный случай.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	<i>У меня проблемы са спиной.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	<i>У меня однажды была грыжа межпозвоночного диска.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	<i>У меня есть неврологическое заболевание.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<i>Рассеянный склероз.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	<i>Опухоль в районе нервной системы.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	<i>У меня был инсульт.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	<i>Онемение</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

Если да:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

*На каких областях тела?
Пожалуйста отметьте.*





**Nein/
Нет**

Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.	Я чувствую разницу между левой и правой половиной моего тела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких пор у вас жалобы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

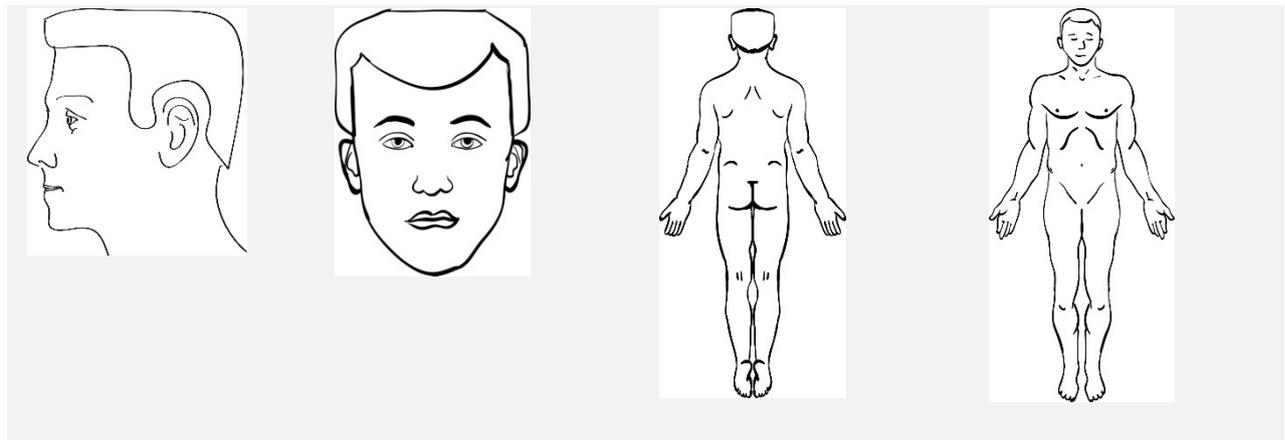
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Пару часов
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 день
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	От 2 до 6 дней
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Долше 1 недели
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события
LÄHMUNG	ПАРАЛИЧ
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

Если да:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

На каких областях тела?
Пожалуйста отметьте.





		Ja/ Да	Nein/ Нет
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	<i>Мои жалобы только на одной половине моего тела</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ			
<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>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Mir ist schwindelig.	<i>У меня головокружительное</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln	<i>Зудеть</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<i>Если да:</i>		
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	<i>На каких областях тела? Пожалуйста отметьте.</i>		



		Ja/ Да	Nein/ Нет
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	<i>Мои жалобы только на одной половине моего тела.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.	ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ		
<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>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/ несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
Welche Qualität haben die Beschwerden?	<i>Как проявляются ваши жалобы?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Пожалуйста отметьте</i>		
<input type="checkbox"/> zunehmend	<i>Увеличиваются</i>		
<input type="checkbox"/> konstant	<i>Неменяются</i>		
<input type="checkbox"/> abnehmend	<i>Уменьшаются</i>		
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	<i>То сильнее, то слабее</i>		
<input type="checkbox"/> wandernd	<i>С места на места</i>		
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	<i>Во время механического давления увеличиваются</i>		
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	<i>Уменьшаются когда я двигаюсь</i>		
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	<i>Увеличиваются когда я двигаюсь</i>		



		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Kraftverlust	Потеря силы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WENN JA:	ЕСЛИ ДА:		
<input type="checkbox"/> Welche Körperregionen sind betroffen?	Где? Пожалуйста отметьте		
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Мои жалобы только на одной половине моего тела.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	С каких 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	Долше 1 недели		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 месяц		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Как возникли ваши жалобы?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Постепенно		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Внезапно		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Из-за травмы/несчастного случая		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Из-за другого события		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Verlust des Geschmackssinnes	Потеря чувство вкуса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

ein paar Stunden

Пару часов

1 Tag

1 день

2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

über 1 Woche

Долше 1 недели

1 Monat

1 месяц

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

schleichend

Постепенно

plötzlich

Внезапно

durch eine Verletzung/einen Unfall

Из-за травмы/несчастного случая

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Из-за другого события

JA/ ДА

NEIN/

НЕТ

Ich kann überhaupt keinen
Geschmack mehr wahrnehmen.

Я вообще не чувствую вкус.

Ich kann heiß und kalt im Mundraum
nicht unterscheiden.

*Я не могу различать горячо и
холодно во рту.*

Ich kann folgende
Geschmacksrichtung nicht mehr
wahrnehmen:

Я не чувствую следующее:

süß

сладко

sauer

кисло

salzig

солёно

bitter

горько

scharf

остро

JA/ ДА

NEIN/

НЕТ

Mein Gehör hat sich verschlechtert.

Мой слух ухудшился.

Wenn ja:

Если да:

beide Ohren

Оба уха

nur ein Ohr

Только одно ухо



		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich höre nichts mehr.	<i>Я ничего больше не слышу.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Оба уха</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Только одно ухо</i>		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Mir ist schwindelig.	<i>У меня головокружение</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	<i>У меня боль в ушах.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<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>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.	<i>У меня заново нарушилось зрение.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
<input type="checkbox"/> einseitig	<i>На одном глазу</i>		
<input type="checkbox"/> beidseitig	<i>На обоих глазах</i>		
		JA/ ДА	NEIN/ НЕТ
Ich sehe verschwommen/unscharf.	<i>Я вижу нерезко.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen. *Я плохо вижу вблизи.*

Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen. *Я плохо вижу вдалеке.*

Ich habe Doppelbilder. *Я вижу двойные изображения.*

Ich sehe wie durch einen Tunnel. *Я вижу как через туннель.*

Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden. *Я не различаю цвета.*

Mir ist schwindelig. *У меня головокружение.*

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? *С каких пор у вас жалобы?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. *Пожалуйста отметьте*

ein paar Stunden *Пару часов*

1 Tag *1 день*

2 bis 6 Tage *От 2 до 6 дней*

über 1 Woche *Долше 1 недели*

1 Monat *1 месяц*

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? *Как возникли ваши жалобы?*

schleichend *Постепенно*

plötzlich *Внезапно*

durch eine Verletzung/einen Unfall *Из-за травмы/несчастного случая*

durch ein anderes Ereignis ausgelöst *Из-за другого события*

JA/ ДА NEIN/
НЕТ

Ich habe meinen Geruchssinn verloren. *Я потерял чувство обоняния*

Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst. *Я чувствую запахи хуже чем раньше.*

Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen. *Я чувствую только резкие и неприятные запахи.*

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? *С каких пор у вас жалобы?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. *Пожалуйста отметьте*

ein paar Stunden *Пару часов*

1 Tag *1 день*



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | <i>От 2 до 6 дней</i> |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>Долше 1 недели</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat | <i>1 месяц</i> |
| Wie haben die Beschwerden
eingesetzt? | <i>Как возникли ваши жалобы?</i> |
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Постепенно</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>Внезапно</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | <i>Из-за травмы/несчастного случая</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Из-за другого события</i> |