



## RUSSISCH/РОССИЯ

### 5. Verdauungsprobleme

-Проблемы с пищеварение

#### DEUTSCH

#### РОССИЯ

##### SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

##### С КАКИХ ПОР У ВАС ПРОБЛЕМЫ С ПИЩЕВАРЕНИЕМ?

Wenn alle mit \* markierten Punkte zutreffen, besteht wahrscheinlich erhöhte Ansteckungsgefahr und eine Isolation des Patienten wird empfohlen.

Если все \* отмеченные звёздочки подтверждаются, есть повышенная опасность заражения и рекомендуется изоляция пациента.

ein paar Stunden

Пару часов

1 Tag

1 день

2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

über 1 Woche

Больше, чем 1 неделю

1 Monat

1 месяца

Immer

Постоянно

Ja/Да

Nein/Нет

Ist Ihnen übel?  
Вас тошнит?

Haben Sie sich übergeben?  
У вас была рвота?

Wenn ja:

Если да:

einmal

1 раз

ein- bis dreimal

1-3 раза

mehr als dreimal

Больше чем 3 раза

wenig

Мало

schwallartig

Временами

mit Blutbeimengung

С кровью



		Ja/ Да	Nein/ Нет
<b>HABEN SIE DURCHFALL?</b> <i>У ВАС ЕСТЬ ПОНОС?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?	<i>Если да, сколько раз у вас был понос за последние 24 часа?</i>		
<input type="checkbox"/> einmal	<i>1 раз</i>		
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	<i>1-3 раза</i>		
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	<i>Больше чем 3 раза</i>		
<input type="checkbox"/> Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?	<i>Какая консистенция?</i>		
<input type="checkbox"/> breiig	<i>Кашевудная</i>		
<input type="checkbox"/> flüssig	<i>Жидкая</i>		
<input type="checkbox"/> Wässrig	<i>Водянистая</i>		
		<b>JA/ ДА</b>	<b>NEIN/ НЕТ</b>
Haben Sie Blut im Stuhl?*	<i>У вас есть кровь в кале?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber?*	<i>У вас есть температура?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verstopfung?	<i>У вас есть запор?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann war Ihr letzter Stuhlgang?	<i>Если да, когда вы были последний раз по большому?</i>		
<input type="checkbox"/> vor 3 Tagen	<i>3 дня назад</i>		
<input type="checkbox"/> vor 5 Tagen	<i>5 дней назад</i>		
<input type="checkbox"/> vor mehr als einer Woche	<i>Больше чем 1 неделю назад</i>		
<input type="checkbox"/> Wie viel Flüssigkeit trinken Sie?	<i>Сколько жидкости вы употребляете?</i>		
<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter am Tag	<i>Меньше чем 1 литр в день</i>		
<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Liter am Tag	<i>1-2 литров в день</i>		
<input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter am Tag	<i>Больше чем 2 литра в день</i>		



JA/ NEIN/  
ДА НЕТ

Ich habe weniger Appetit als sonst.	<i>У меня уменьшился аппетит.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe so viel Appetit wie immer.	<i>У меня аппетит не изменился.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie etwas Verdorbenes gegessen?	<i>Вы чтото испорченное съели?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	<i>Есть ещё кто кто заболел в вашем окружении?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>