

## статус здоровья Gesundheitsstatus

Пожалуйста, заполните эту анкету полностью и ответьте на все вопросы. Если у вас есть документы о ваших заболеваниях или обзор ваших прививок, пожалуйста, покажите их нам. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und beantworten Sie bitte alle Fragen. Wenn Sie Dokumente Ihrer Erkrankungen oder eine Übersicht Ihrer Impfungen haben, zeigen Sie uns diese bitte.

1.	<b>Фамилия</b> Familiennamen	
2.	<b>Имя</b> Vorname	
3.	<b>Год рождения</b> Geburtsdatum	
4.	<b>Национальность</b> Staatsangehörigkeit	
5.	<b>Страна и город рождения</b> Geburtsland und-ort	
6.	<b>Знание Языков</b> Sprachkenntnisse	
7.	<b>Место жительства / родной город</b> Wohnort	
8.	<b>Телефон</b> Telefon	
9.	<b>Адрес электронной почты</b> eMail-Adresse	
10.	<b>Несовершеннолетние:</b> Bei Minderjährigen:	
	<b>Фамилия Имя отца</b> Familiennamen Vorname Vater	
	<b>Дата рождения отца</b> Geburtsdatum Vater	
	<b>Фамилия Имя матери</b> Familiennamen Vorname Mutter	
	<b>Дата рождения матери</b> Geburtsdatum Mutter	
11.	<b>Болезни</b> Erkrankungen	
	<b>Диабет</b> Diabetes	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Заболевание щитовидной железы</b> Schilddrüsenerkrankung	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Нарушения свертывания крови</b> Blutgerinnungsstörungen	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Сердечно-сосудистые заболевания</b> Herz- oder Kreislaufkrankungen	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Заболевания почек</b> Nierenerkrankungen	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Инсульт</b> Schlaganfall	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>заболевание легких / Астма</b> Lungenerkrankung / Asthma	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Опухоль, рак</b> Tumor, Krebs	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Ja      Nein
	<b>Эпилепсия</b>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

**статус здоровья Gesundheitsstatus**

	Анfallsleiden	Ja	Nein
	<b>Беременны вы</b> Besteht eine Schwangerschaft	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>Болезнь Желудка/Кишечника</b> Magen-/Darmerkrankung	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>12.</b>	<b>У вас есть инфекционные заболевания</b> Infektionskrankheiten	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>если да, то какие?</b> Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/> <b>Коронавірус / Covid-19</b> <input type="checkbox"/> <b>туберкульоз / Tuberkulose</b> <input type="checkbox"/> <b>ВІЛ/СНІД / HIV</b> <input type="checkbox"/> <b>інший / andere:</b> _____	
<b>13.</b>	<b>Аллергические реакции на</b> Allergien	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>если да, то какие?</b> Wenn Ja, welche?		
<b>14.</b>	<b>Есть ли у вас другие болезни?</b> Haben Sie anderen Krankheiten?	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>если да, то какие?</b> Wenn Ja, welche?		
<b>15.</b>	<b>Вы принимаете какие-нибудь лекарства?</b> Nehmen Sie Medikamente ein?	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>если да, то какие?</b> Wenn Ja, welche?		
<b>16.</b>	<b>Вы привиты от COVID-19?</b> Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>Якщо так: то коли, як часто, чим?</b> Wenn Ja: wann, wie oft, womit?		
<b>17.</b>	<b>Вы привиты от кори?</b> Sind Sie gegen Masern geimpft?	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>18.</b>	<b>У вас есть обзор ваших прививок?</b> Haben Sie einen Impfausweis?	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>19.</b>	<b>Есть ли у вас какие-либо жалобы в настоящее время?</b> Haben Sie aktuell Beschwerden?	<b>Да</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<b>Нет</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<b>если да, то какие?</b> Wenn Ja, welche?		
<b>20.</b>	<b>Дата и подпись</b> Datum und Unterschrift		