



Proszę wyraźnie wypełnić kwestionariusz, odpowiadając w pełni na wszystkie pytania, niezależnie od tego, czy w przypadku aktualnego problemu uważa je Pan/Pani za istotne.

Füllen Sie den Fragebogen bitte für den Arzt verständlich aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

01. Nazwisko • Name e-mail
Stan cywilny • Familienstand Telefon/tel. komórkowy • Telefon/Handy
Wykonywany zawód/firma • Beruf/Firma Dzieci • Kinder

02. Proszę opisać aktualne dolegliwości! • Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

.....

03. Inne choroby. Czy cierpi Pan/Pani na inne schorzenia (proszę uwzględnić poniższą listę)? ? •
Welche anderen Krankheiten haben Sie (s. a. Liste)?

.....

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> serce • Herz | <input type="checkbox"/> udar mózgu • Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> zakrzep • Thrombose |
| <input type="checkbox"/> cukier • Zucker | <input type="checkbox"/> tarczyca • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> płuca • Lunge | <input type="checkbox"/> astma • Asthma |
| <input type="checkbox"/> zapalenie oskrzeli • Bronchitis | <input type="checkbox"/> żołądek • Magen | <input type="checkbox"/> woreczek żółciowy • Galle | <input type="checkbox"/> wątroba • Leber |
| <input type="checkbox"/> żółtaczka • Hepatitis | <input type="checkbox"/> jelito • Darm | <input type="checkbox"/> hemoroidy • Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> pierś • Brust |
| <input type="checkbox"/> macica • Gebärmutter | <input type="checkbox"/> nerka • Niere | <input type="checkbox"/> pęcherz • Blase | <input type="checkbox"/> prostata • Prostata |
| <input type="checkbox"/> mięśnie • Muskeln | <input type="checkbox"/> kości • Knochen | <input type="checkbox"/> kręgosłup • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> stawy • Gelenke |
| <input type="checkbox"/> artroza • Arthrose | <input type="checkbox"/> reumatyzm • Rheuma | <input type="checkbox"/> skóra • Haut | <input type="checkbox"/> oczy • Augen |
| <input type="checkbox"/> naświetlanie • Bestrahlung | <input type="checkbox"/> chemioterapia • Chemotherapie | | <input type="checkbox"/> nowotwór • Tumor |

04. Czy przechodził/a Pan/i jakieś operacje, jeśli tak, jakie (proszę uwzględnić poniższą listę)? ? •
Welche Operationen hatten Sie (s. a. Liste)?

.....

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> serce • Herz | <input type="checkbox"/> tarczyca • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> płuca • Lunge | <input type="checkbox"/> żołądek • Magen | <input type="checkbox"/> woreczek żółciowy • Galle |
| <input type="checkbox"/> wątroba • Leber | <input type="checkbox"/> jelito • Darm | <input type="checkbox"/> wyrostek robaczkowy • Blinddarm | <input type="checkbox"/> hemoroidy • Hämorrhoiden | |
| <input type="checkbox"/> pierś • Brust | <input type="checkbox"/> macica • Gebärmutter | <input type="checkbox"/> łyżeczkowanie • Ausschabung | <input type="checkbox"/> cesarskie cięcie • Kaiserschnitt | |
| <input type="checkbox"/> nerka • Niere | <input type="checkbox"/> pęcherz • Blase | <input type="checkbox"/> prostata • Prostata | <input type="checkbox"/> kręgosłup • Wirbelsäule | |
| <input type="checkbox"/> stawy • Gelenke | <input type="checkbox"/> złamanie kości • Knochenbruch | <input type="checkbox"/> skóra • Haut | <input type="checkbox"/> oczy • Augen | |

05. Jakich leków zażywa Pan/Pani obecnie? • Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

.....

06. Czy cierpi Pan/Pani na alergię? • Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lekarstwa • Medikamente | <input type="checkbox"/> żywność • Nahrungsmittel |
| <input type="checkbox"/> pyłki • Pollen | <input type="checkbox"/> inne • andere |

07. Czy często ma Pan/Pani • Neigen Sie zu zatwardzenie • Verstopfung rozwolnienia • Durchfall?

08. Czy jest Pani w ciąży? • Sind Sie schwanger? Tak • ja Nie • nein Być może • vielleicht

09. Waga ciała • Körpergewicht kg Wzrost • Körpergröße cm
 Utrata wagi ciała • Gewichtsverlust kg Przyrost wagi ciała • Gewichtszunahme kg
 Od kiedy? • Seit wann?
10. Czy pali Pan/Pani papierosy? • Rauchen Sie? Ile? • Wie viel?
11. Ile alkoholu Pan/Pani spożywa? • Wie viel Alkohol trinken Sie?
12. Jakie szczepienia Pan/Pani przeszedł/przeszła? • Welche Impfungen haben Sie?
 Książeczka szczepień • Impfpass – Książeczka badań profilaktycznych • Vorsorgeheft
 Proszę przynieść książeczkę szczepień i badań profilaktycznych! • Bringen Sie es mit!
-
13. Czy istnieją w Pana/Pani rodzinie choroby dziedziczne, nowotworowe lub metaboliczne (na przykład cukrzyca)?
 Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?
14. Inne • Sonstiges

© setzer verlag, keine Gewähr

Fax +49 (0) 7 11 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter www.tipdoc.de oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.
 Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!

setzer verlag seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, info@setzer-verlag.de



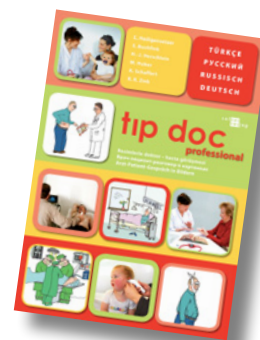
Kostenloser Download von Anamnesebögen und Therapieplänen in 16 Sprachen beim Verein **Bild und Sprache e.V.** unter www.medi-bild.de.

Книга содержит:

- Термины, которые часто употребляются у врача, простые картинки со сносками и перевод
- Словосочетания, никаких длинных предложений: „дрожь в состоянии покоя“ – „дрожь при движении“
- Простые, ясные указания „расслабтесь“
- Отдельная страница с наиболее частыми вопросами, цифрами и временем: „Когда? С какого времени? Как сильно?“

Das Buch enthält:

- die meisten Begriffe, die man beim Arzt braucht, in einfachen Bildern mit Untertiteln und Übersetzung
- Stichworte, keine langen Sätze • einfache, klare Anweisungen



tip doc

Arzt-Patient-Gespräch in Bildern

Врач-пациент-разговор в картинках

Christina Heiligensetzer, Safiye Buchfink et al.

2010, setzer verlag, stuttgart

ISBN 978-3-9812458-5-1 Russisch-Türkisch-Deutsch

