

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus **Заполните анкету, пожалуйста**

- Ich verstehe Deutsch
Я понимаю по-немецки
- Ich verstehe Englisch
Я понимаю по-английски
- Ich verstehe nur Russisch
Я говорю только по-русски
- Ich möchte ein Arzneimittel für mich
Мне нужны медикаменты для меня самого
- Ich möchte ein Arzneimittel für jemand anderen
Мне нужны медикаменты для кого-то другого
- Ich bin schwanger Я беременна
- Ich bin nicht schwanger Я не беременна

Ich habe eine chronische Krankheit **У меня есть хронические заболевания**

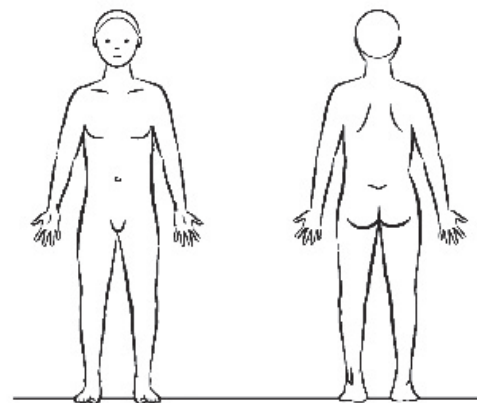
- Diabetes mellitus
сахарный диабет
- Lungenkrankheit
болезни легких
- Herzkrankheit
болезни сердца
- Hoher Blutdruck
повышенное артериальное давление
- Magenkrankheit
болезни желудка
- Nierenkrankheit
болезни почек
- Allergie
аллергия
- Epilepsie
эпилепсия
- Ich rauche regelmäßig
Я курю регулярно
- Ich rauche nicht
Я не курю
- Ich nehme nur selten Medikamente ein
Я редко принимаю лекарства
- Ich nehme regelmäßig Medikamente ein
Я регулярно принимаю следующие медикаменты
- Bitte bringen Sie diese in die Apotheke mit
Пожалуйста, принесите Ваши медикаменты с собой в аптеку

Ich habe Beschwerden und wünsche ein Arzneimittel gegen... / У меня есть следующие симптомы, и мне нужно лекарство от ...

<input type="checkbox"/> Schmerzen болей	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen зубной боли	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen головной боли	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen болей в спине	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen болей в области живота
<input type="checkbox"/> Allergie аллергии	<input type="checkbox"/> Schlafstörung от нарушений сна	<input type="checkbox"/> Schnupfen насморка	<input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen болей в ушах	<input type="checkbox"/> Husten кашля
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen боли в горле	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Schlucken затруднений при глотании	<input type="checkbox"/> Sodbrennen изжоги	<input type="checkbox"/> Juckreiz зуда	<input type="checkbox"/> Erbrechen рвоты
<input type="checkbox"/> Übelkeit тошноты	<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden менструальных болей	<input type="checkbox"/> Durchfall поноса	<input type="checkbox"/> Verstopfung запоров	<input type="checkbox"/> Wunde для ухода за раной
<input type="checkbox"/> Hautkrankheit кожных заболеваний	<input type="checkbox"/> Augenkrankheit заболеваний глаз	<input type="checkbox"/> Bitte messen Sie meinen Blutdruck Померяйте мне, пожалуйста, давление		

Die Beschwerden bestehen **Симптомы длятся ...**

- weniger als einen Tag
менее суток
- ein bis zwei Tage (1 – 2)
1 – 2 дня
- länger als zwei Tage
дольше двух дней
- Ich habe kein Fieber
У меня нет повышенной температуры
- Ich habe leichtes Fieber
У меня слегка повышенная температура
- Ich habe hohes Fieber
У меня высокая температура
- Ich war wegen der Beschwerden noch nicht beim Arzt
Из-за этих симптомов я еще не был у врача
- Ich war wegen der Beschwerden bereits beim Arzt
Из-за этих симптомов я уже был у врача



Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein
Пожалуйста, укажите местонахождение Вашей жалобы

- Sind Sie gegen Corona geimpft? / Вы привиты от коронавируса (ковид-19)?
- Ich möchte mich gegen Corona impfen lassen. / Я хочу получить прививку от коронавируса (ковид-19)
- Haben Sie einen Impfausweis? / У вас есть свидетельство о вакцинации/полученных прививках?
- Ich möchte einen Corona-Schnelltest kaufen. / Я хочу приобрести домашний (экспрес-тест) тест на выявление коронавируса (ковид-19)
- Ich möchte eine FFP2-Maske kaufen für Erwachsene/Kinder. / Я хочу приобрести FFP2-маску для взрослого/ребенка.
- Ich möchte eine OP-Maske kaufen für Erwachsene/Kinder. / Я хочу приобрести операционную маску.
- Ich möchte Händedesinfektionsmittel kaufen. / Я хочу приобрести средство для дезинфекции.

Danke für Ihren Besuch in unserer Apotheke

Благодарим за посещение нашей аптеки

Name und Anschrift der Apotheke
Название и адрес аптеки

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wir bestellen das Arzneimittel für Sie.
Bitte holen Sie es morgen ab. | Мы закажем этот медикамент для Вас.
Вы сможете забрать его завтра. |
| <input type="checkbox"/> Wir stellen das Arzneimittel für Sie her.
Bitte holen Sie es morgen ab. | Мы сделаем этот препарат для вас.
Вы сможете забрать его завтра. |
| <input type="checkbox"/> Das Arzneimittel kostet nichts für Sie. | Этот медикамент Вы получаете бесплатно. |
| <input type="checkbox"/> Das Arzneimittel kostet Euro. | Этот медикамент стоит евро. |
| <input type="checkbox"/> Wir raten Ihnen zum Arzt zu gehen. | Мы советуем Вам обратиться к врачу. |
| <input type="checkbox"/> Bitte gehen Sie zum Arzt, wenn die Beschwerden nicht in zwei Tagen besser geworden sind. | Пожалуйста, обратитесь к врачу, если ваши симптомы не улучшатся в течение двух дней. |

Anschrift eines Arztes in der Nähe

Адрес врача поблизости

Name des Arzneimittels **Название медикамента**

Datum **Дата**

Sie erhalten ein Arzneimittel

Вы получите лекарства для

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zur oralen Einnahme | орального применения |
| <input type="checkbox"/> Zum Einsprühen in die Nase | назального применения |
| <input type="checkbox"/> Zum Eintropfen ins Auge | использования в качестве глазных капель |
| <input type="checkbox"/> Zum Einführen in den Enddarm | введение в прямую кишку |
| <input type="checkbox"/> Zum Einführen in die Scheide | введение во влагалище |
| <input type="checkbox"/> Zum Auftragen auf die Haut | нанесения на кожу |
| <input type="checkbox"/> Zum Einatmen | для ингаляции |
| <input type="checkbox"/> Zum Eintropfen ins Ohr | использования в качестве ушных капель |
| <input type="checkbox"/> Zur Injektion durch den Arzt | инъекций Вашим врачом |

Anwendung oder Einnahme **Применение / Прием**

<input type="checkbox"/> einmal täglich 1 раз в день	<input type="checkbox"/> zweimal täglich 2 раза в день	<input type="checkbox"/> dreimal täglich 3 раза в день	<input type="checkbox"/> bei Bedarf по необходимости	
<input type="checkbox"/> morgens утром	<input type="checkbox"/> mittags в обед	<input type="checkbox"/> abends вечером	<input type="checkbox"/> nachts на ночь	
<input type="checkbox"/> zum Essen во время еды	<input type="checkbox"/> morgens vor dem Frühstück утром перед завтраком	<input type="checkbox"/> 30 Minuten vor dem Essen за 30 минут до еды	<input type="checkbox"/> zwei Stunden nach dem Essen за 2 часа после еды	<input type="checkbox"/> unabhängig vom Essen вне зависимости от приема пищи
<input type="checkbox"/> ein Stück одну (таблетку/капсулу)	<input type="checkbox"/> zwei Stück две (таблетки/капсулы)	<input type="checkbox"/> ___ Milliliter ___ миллилитров		

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie das Arzneimittel mit einem Glas Leitungswasser ein. | Запейте лекарство стаканом водопроводной воды. |
| <input type="checkbox"/> Bitte lösen Sie das Arzneimittel in Wasser auf. | Перед приемом растворите лекарство в воде. |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie das Arzneimittel nicht mit Milchprodukten ein. | Не принимайте лекарство с молочными продуктами. |
| <input type="checkbox"/> Lassen Sie sich in der Apotheke die Anwendung des Arzneimittels zeigen. | Пусть в аптеке Вам объяснят, как правильно принимать это лекарство. |
| <input type="checkbox"/> Bitte lagern Sie das Arzneimittel möglichst kühl (nicht einfrieren). | Пожалуйста, храните лекарство в прохладном месте/ в холодильнике (не замораживайте). |
| <input type="checkbox"/> Bitte nehmen Sie das Arzneimittel bis die Packung leer ist. | Пожалуйста, принимайте лекарство, пока упаковка не закончится. |
| <input type="checkbox"/> Achten Sie darauf, dass das Arzneimittel nicht in die Hände von Kindern gelangt. | Держите лекарство в недоступном для детей месте. |