

Registriernummer/No. of registration/Рєєстраційний номер

Sprache/Language/Мова:

Name/Family name/Прізвище:

Vorname/First name/Ім'я:

Geburtsdatum/Date of birth/Дата народження:

Herkunftsland/Home country/Країна походження:

A. Angaben zum Gesundheitsstatus/Information about your health/Інформація про стан здоров'я

1. Haben Sie zur Zeit gesundheitliche Beschwerden?/Do you have currently any problems with your health?/Чи маєте Ви на цей час скарги на стан здоров'я?

Ja/Yes/Так

Nein/No/Ні

Wenn ja, leiden Sie zur Zeit an: /If yes do you suffer currently from/Якщо так, то на що саме Ви страждаєте:

Schnupfen/common cold/нежить ja/yes/так nein/no/ні

Geruchs- oder Geschmacksverlust/
Lost of smell or taste/втрата нюху та смаку ja/yes/так nein/no/ні

Halsschmerzen/sore throat/біль у горлі ja/yes/так nein/no/ні

Husten/cough/кашель ja/yes/так nein/no/ні

Fieber/fever/гарячка ja/yes/так nein/no/ні

Bauchschmerzen/abdominal pain/біль у животі ja/yes/так nein/no/ні

Durchfall/diarrhea/діарея ja/yes/так nein/no/ні

Hautausschlag/skin rash/висипання на шкірі ja/yes/так nein/no/ні

Juckreiz/itching/свербіж ja/yes/так nein/no/ні

Nachtschweiß/night sweat/нічна пітливість ja/yes/так nein/no/ні

Sonstiges/other things/інше ja/yes/так nein/no/ні

Ärztliche Ergänzungen/additions of the doctor/примітки лікаря:

2. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?/Do you suffer from any chronic diseases?/ Чи є у Вас хронічне захворювання?

Ja/Yes/Так

Nein/No/Ні

Wenn ja, welche?/If yes, what kind of disease?/Якщо так, то які саме?

3. Haben Sie in der Vergangenheit eine Tuberkuloseerkrankung durchgemacht?/Did you suffer from a tuberculosis disease in the past?/Чи хворіли Ви на туберкульоз в минулому?

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Falls ja, welche Art der Tuberkulose (z.B. Lungen- oder Lymphknotentuberkulose)?/If yes, what kind of tuberculosis disease (for instance tuberculosis of the lung or lymph nodes)?/Якщо так, то на яку різновідність туберкульозу (наприклад, легеневий чи туберкульоз лімфатичних вузлів)

Wann und wie lange sind Sie medikamentös behandelt worden?/When und how long did you get a medical treatment?/Коли і протягом якого часу Ви лікувалися медичними препаратами?

4. Haben Sie in der Vergangenheit eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht?/Did you suffer from a Covid-19-disease in the past?/Чи перенесли Ви інфекцію SARS-CoV-2 в минулому?

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Wenn ja, wann genau?/If yes, when exactly?/Якщо так, то коли саме?

5. Bestehen bei Ihnen Allergien?/Do you suffer from any kind of allergy?/Чи маєте Ви алергію?

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Falls ja, gegen z.B.:/if yes, an allergy against for instance:/Якщо так, то на що саме:

Hühnereiweiß/chicken protein/курячий білок ja/yes/так nein/no/ні

Antibiotika/antibiotics/антибіотики ja/yes/так nein/no/ні

Gegen Sonstiges/against others/інше ja/yes/так nein/no/ні

Ärztliche Ergänzungen/additions of the doctor/Примітки лікаря:

6. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?/Do you take any medicine at the moment?/Чи приймаєте Ви ліки в даний час?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Wenn ja, welche?/If yes, what kind of medicine?/Якщо так, то які саме?

7. Haben Sie einen Impfausweis bei sich ?/Do you have a vaccination certificate with you?/ Чи маєте Ви при собі карту профілактичних щеплень?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur, wenn Sie keinen Impfausweis mit sich führen./Please answer the following questions only if you don't have a vaccination passport with you./ Просимо Вас відповісти на наступні питання лише у випадку відсутності карти профі-лактичних щеплень.

Sind Sie in der Vergangenheit gegen Masern geimpft worden?/Did you get a vaccination against measles in the past?/Чи робили Вам в минулому щеплення проти кору?

Ja/yes/так Nein/no/ні Unbekannt/I don't know/не знаю

Sind Sie in der Vergangenheit gegen SARS-CoV-2 geimpft worden?/Did you get a vaccination against Covid-19 disease in the past?/Чи робили Вам в минулому щеплення проти SARS-CoV-2?

Ja/yes/так Nein/no/ні Unbekannt/I don't know/не знаю

Falls ja, wann in etwa, wie oft und mit welchem Impfstoff sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft worden?/If yes, when approximately, how often and with which kind of vaccine did you get the vaccination against Covid-19 disease?/Якщо так, то коли приблизно, скільки разів та якою вакциною Вам робили щеплення проти SARS-CoV-2?

1. Impfung/1. vaccination/Перше щеплення:
2. Impfung/2. vaccination/Друге щеплення:
3. Impfung/3. Vaccination/Третє щеплення:

Ärztliche Ergänzungen (Einträge)/additions of the doctor/Примітки лікаря (записи):

Masernimpfung/Щеплення проти кору:

SARS-CoV-2 Impfung/Щеплення проти SARS-CoV-2:

Sonstiges/Інші:

8. Bei weiblichen Personen:/If you are a female:/Для осіб жіночої статі:

Sind Sie schwanger?/Are you pregnant?/Ви вагітна?

Ja/yes/так Nein/no/ні Unbekannt/I don't know/невідомо

Schwangerschaftstest durchgeführt?/Was done a pregnancy test?/Чи робили Ви тест на вагітність?

Ja/yes/так Nein/no/ні

Wenn ja, wie war das Ergebnis?/If yes how was the result?/Якщо так, то яким був результат?

Positiv/positiv/позитивний Negativ/negativ/негативний

Falls Schwangerschaft besteht, gibt es Probleme?/In case of pregnancy do you have any problems?/Якщо Ви вагітна, то чи маєте Ви якісь проблеми?

Ja/yes/так Nein/no/ні

Ärztliche Ergänzungen/*additions of the doctor*/Примітки лікаря:

Datum/Date/Дата:

Unterschrift/Signature/Підпис:

B. Körperliche Untersuchung/Фізикальне обстеження:

Mund – und Rachenraum/*Ротова порожнина, глотка:*

Sinnesorgane/*Органи чуття:*

Herz/Kreislauf/*Серце/серцево-судинна система:*

Atmungsorgane/*Органи дихання:*

Abdomen/*Живіт:*

Haut/*Шкіра:*

Gelenke/Wirbelsäule/*Суглоби/хребет:*

Sonstiges/*Інше:*

Weitergehende zu veranlassende bzw. bereits veranlasste Maßnahmen (z.B. ärztliche Vorstellung, KH-Einweisung, Verordnungen etc.)/*Подальші необхідні чи вживані заходи (напр., консультація лікаря, направлення до лікарні, рецепти/призначення тощо):*

Ort, Datum

Unterschrift