

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus Будь-ласка, заповніть цю форму

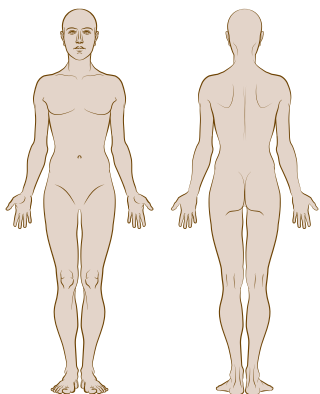
- Ich verstehe Deutsch
Я розумію німецьку мову
- Ich verstehe Englisch
Я розумію англійську мову
- Ich verstehe nur Ukrainisch
Я розумію тільки українську мову
- Ich möchte ein Arzneimittel für mich
Мені потрібні ліки для мене
- Ich möchte ein Arzneimittel für jemand anderen
Мені потрібні ліки для когось іншого
- Ich bin schwanger Я вагітна
- Ich bin nicht schwanger Я не вагітна

Ich habe eine chronische Krankheit В мене є хронічне захворювання

- Diabetes mellitus
Цукровий діабет
- Lungenkrankheit
Захворювання легенів
- Herzkrankheit
Хвороба серця
- Hoher Blutdruck
Гіпертонія
- Magenkrankheit
Захворювання шлунку
- Nierenkrankheit
Захвоування нирок
- Allergie
Алергія
- Epilepsie
Епілепсія
- Ich rauche regelmäßig
Я курю регулярно
- Ich rauche nicht
Я не курю
- Ich nehme nur selten Medikamente ein.
Я рідко приймаю ліки.
- Ich nehme regelmäßig Medikamente ein.
Я приймаю регулярно ліки.
- Bitte bringen Sie diese in die Apotheke mit.
Будь-ласка, принесіть свої ліки до аптеки.

Ich habe Beschwerden und wünsche ein Arzneimittel gegen... / Я маю симптоми і я хочу ліки від ...

<input type="checkbox"/> Schmerzen Болю	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen Зубного болю	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen Головного болю	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen Болю у спині	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Болю у животі
<input type="checkbox"/> Allergie Алергії	<input type="checkbox"/> Schlafstörung Порушенні сну	<input type="checkbox"/> Schnupfen Нежиті	<input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen Болю у вусі	<input type="checkbox"/> Husten Кашлю
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen Болю у горлі	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Schlucken Проблем з ковтанням	<input type="checkbox"/> Sodbrennen Печії	<input type="checkbox"/> Juckreiz Свербіння	<input type="checkbox"/> Erbrechen Блювоти
<input type="checkbox"/> Übelkeit Нудоти	<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden Менструального болю	<input type="checkbox"/> Durchfall Діареї	<input type="checkbox"/> Verstopfung Закрепу	<input type="checkbox"/> Wunde Ран/Поранень
<input type="checkbox"/> Hautkrankheit Захворювання шкіри	<input type="checkbox"/> Augenkrankheit Захворювання очей	<input type="checkbox"/> Bitte messen Sie meinen Blutdruck Поміряйте мені будь-ласка тиск		

<p>Die Beschwerden bestehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> weniger als einen Tag <input type="checkbox"/> ein bis zwei Tage (1 – 2) <input type="checkbox"/> länger als zwei Tage <input type="checkbox"/> Ich habe kein Fieber <input type="checkbox"/> Ich habe leichtes Fieber <input type="checkbox"/> Ich habe hohes Fieber <input type="checkbox"/> Ich war wegen der Beschwerden noch nicht beim Arzt <input type="checkbox"/> Ich war wegen der Beschwerden bereits beim Arzt 	<p>Біль триває протягом ...</p> <ul style="list-style-type: none"> Менше доби Один-два дні (1 – 2) Довше двох днів У мене нема температури У мене є невелика температура У мене є висока температура 	
<p>Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein Будь-ласка, вкажіть на малюнку місце Вашого болю/дискомфорту</p>		

- Sind Sie gegen Corona geimpft?
Ви маєте вакцинацію від коронавірусу (Ковід -19)?
- Ich möchte mich gegen Corona impfen lassen.
Я хочу вакцинуватися від коронавірусу (Ковід-19).
- Haben Sie einen Impfausweis?
У Вас є карта/паспорт вакцинації?
- Ich möchte einen Corona-Schnelltest kaufen.
Я хочу купити експрес-тест для визначення коронавірусу.
- Ich möchte eine FFP2-Maske kaufen für Erwachsene/Kinder.
Я хочу купити маску FFP2 для дорослого/для дитини.
- Ich möchte eine OP-Maske kaufen für Erwachsene/Kinder.
Я хочу купити хірургічну маску для дорослого/для дитини.
- Ich möchte Händedesinfektionsmittel kaufen.
Я хочу купити дезінфікуючий засіб.

Danke für Ihren Besuch in unserer Apotheke

Дякуємо за Ваш візит до нашої аптеки

Name und Anschrift der Apotheke
Назва та адреса аптеки

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wir bestellen das Arzneimittel für Sie.
Bitte holen Sie es morgen ab. | Ми замовимо для Вас ліки.
Заберіть ліки будь-ласка завтра. |
| <input type="checkbox"/> Wir stellen das Arzneimittel für Sie her.
Bitte holen Sie es morgen ab. | Ми виготовимо препарат для Вас.
Заберіть будь-ласка ліки завтра. |
| <input type="checkbox"/> Das Arzneimittel kostet nichts für Sie. | Ліки для Вас безкоштовні. |
| <input type="checkbox"/> Das Arzneimittel kostet Euro. | Ліки коштують євро. |
| <input type="checkbox"/> Wir raten Ihnen zum Arzt zu gehen. | Ми рекомендуємо Вам звернутись до лікаря. |
| <input type="checkbox"/> Bitte gehen Sie zum Arzt, wenn die Beschwerden nicht in zwei Tagen besser geworden sind. | Будь-ласка, зверніться до лікаря, якщо Ваш стан не покращиться протягом 2 днів. |

Anschrift eines Arztes in der Nähe

Адреса лікаря поруч/не далеко від Вашого місця проживання.

Name des Arzneimittel **Назва лікарського засобу**

Datum **Число/дата**

Sie erhalten ein Arzneimittel

Ви отримаєте ліки

- | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zur oralen Einnahme | Для перорального вживання |
| <input type="checkbox"/> Zum Einsprühen in die Nase | Для розпилення в ніс |
| <input type="checkbox"/> Zum Eintropfen ins Auge | Для капання в очі |
| <input type="checkbox"/> Zum Einführen in den Enddarm | Для введення в пряму кишку |
| <input type="checkbox"/> Zum Einführen in die Scheide | Для введення в піхву |
| <input type="checkbox"/> Zum Auftragen auf die Haut | Для нанесення на шкіру |
| <input type="checkbox"/> Zum Einatmen | Для вдихання |
| <input type="checkbox"/> Zum Eintropfen ins Ohr | Для капання у вухо |
| <input type="checkbox"/> Zur Injektion durch den Arzt | Для ін'єкцій лікарем |

Anwendung oder Einnahme **Застосування або прийом всередину**

<input type="checkbox"/> einmal täglich Раз на день	<input type="checkbox"/> zweimal täglich Два рази на день	<input type="checkbox"/> dreimal täglich Три рази на день	<input type="checkbox"/> bei Bedarf При необхідності	
<input type="checkbox"/> morgens Вранці	<input type="checkbox"/> mittags В обід	<input type="checkbox"/> abends Ввечері	<input type="checkbox"/> nachts Наніч	
<input type="checkbox"/> zum Essen Під час їжі	<input type="checkbox"/> morgens vor dem Frühstück Зранку перед сніданком	<input type="checkbox"/> 30 Minuten vor dem Essen За 30 хвилин до їжі	<input type="checkbox"/> zwei Stunden nach dem Essen Через дві години після їжі	
<input type="checkbox"/> ein Stück Одну штуку	<input type="checkbox"/> zwei Stück Дві штуки	<input type="checkbox"/> _____ Milliliter _____ Мілілітрів		

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie das Arzneimittel mit einem Glas Leitungswasser ein. | Запивайте ліки склянкою води. |
| <input type="checkbox"/> Bitte lösen Sie das Arzneimittel in Wasser auf. | Будь-ласка розчиніть ліки у воді. |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie das Arzneimittel nicht mit Milchprodukten ein. | Не приймайте ліки з молочними продуктами. |
| <input type="checkbox"/> Lassen Sie sich in der Apotheke die Anwendung des Arzneimittels zeigen. | Нехай в аптеці порекомендують, як використовувати ліки. |
| <input type="checkbox"/> Bitte lagern Sie das Arzneimittel möglichst kühl (nicht einfrieren). | Будь-ласка зберігайте ліки якомога прохолодніше (у прохолодному місці). |
| <input type="checkbox"/> Bitte nehmen Sie das Arzneimittel bis die Packung leer ist. | Будь-ласка приймайте ліки, поки упаковка не закінчиться. |
| <input type="checkbox"/> Achten Sie darauf, dass das Arzneimittel nicht in die Hände von Kindern gelangt. | Зберігайте ліки в недоступному для дітей місці. |