

Fragebogen zur Erhebung der Anamnese - Kinder
(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)
Анкета про стан здоров'я дитини
(Будь ласка, заповніть і поверніть лікарю!)

Datum:

Дата:

Geschlecht: männlich
Стать: чоловіча

weiblich
жіноча

Nationalität:

Національність:

Alter:

Вік:

	JA/ TAK	NEIN/ HI
1. Ist Ihr Kind krank? Ваша дитина хвора?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ваша дитина приймає якісь ліки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist Ihr Kind gegen Krankheiten geimpft? Ваша дитина пройшла рекомендовану вакцинацію від хвороб?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde bei Ihrem Kind ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? Чи робили вашій дитині пробу Манту?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oder hatte Ihr Kind eine ansteckende Krankheit? Schwindsucht (Tuberkulose)? Чи має/мала у минулому Ваша дитина інфекційне захворювання? (споживання, Туберкульоз)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis? Гепатит?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken? Вітрянку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps? Свинку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern? Кір?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln? Краснуху?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie? Дифтерію?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Ihr Kind Schmerzen? Чи страждає дитина на біль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind Fieber? У вашої дитини температура?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind starken Husten? У вашої дитини сильний кашель?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind Übelkeit, Erbrechen? У дитини нудота, блювота?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hat Ihr Kind Bauchkrämpfe oder Durchfall? У вашої дитини спазми живота або діарея?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihr Kind Hautausschlag? У вашої дитини висип?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Unterschrift der Eltern/ підпис батьків

Bemerkung durch den Arzt:

.....
Unterschrift Arzt/ Коментар лікаря