

**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

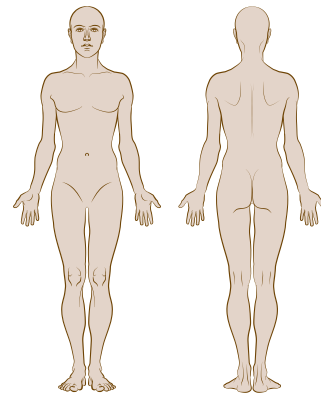
- Diabetes mellitus  
Цукровий діабет
- Lungenkrankheit  
Захворювання легенів
- Herzkrankheit  
Хвороба серця
- Hoher Blutdruck  
Гіпертонія
- Magenkrankheit  
Захворювання шлунку
- Nierenkrankheit  
Захворювання нирок
- Allergie  
Алергія
- Epilepsie  
Епілепсія
- Ich rauche regelmäßig  
Я курю регулярно
- 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		

**Die Beschwerden bestehen** Біль триває протягом ...

- weniger als einen Tag  
Менше доби
- ein bis zwei Tage (1 – 2)  
Один-два дні (1 – 2)
- länger als zwei Tage  
Довше двох днів
- Ich habe kein Fieber  
У мене нема температури
- Ich habe leichtes Fieber  
У мене є невелика температура
- Ich habe hohes Fieber  
У мене є висока температура
- Ich war wegen der Beschwerden noch nicht beim Arzt  
Я ще не була у лікаря з приводу цих симптомів
- Ich war wegen der Beschwerden bereits beim Arzt  
Я уже була у лікаря з приводу цих симптомів



**Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein**  
Будь-ласка, вкажіть на малюнку місце Вашого болю/дискомфорту

- 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.<br>Bitte holen Sie es morgen ab.                 | Ми замовимо для Вас ліки.<br>Заберіть ліки будь-ласка завтра.                   |
| <input type="checkbox"/> Wir stellen das Arzneimittel für Sie her.<br>Bitte holen Sie es morgen ab.               | Ми виготовимо препарат для Вас.<br>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"/> unabhängig vom Essen Незалежно від 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.                         |