

Mein Kind hat / У моего ребёнка**Husten / Кашель**

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

bellend / лающий trocken / сухой bis zum Erbrechen / до рвоты bekommt schlecht Luft / задыхается плохо получает воздух röchelt / хрипит zieht nach Luft / тянет воздух **Schnupfen / Насморк**

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

durchsichtig / Прозрачный gelb-grün / жёлтый или зелёный verstopfte Nase / забитый Нос **Fieber / Температура**

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

38 °C / 100.4 °F / 38 Градусов 35 °C / 95 °F / 35 Градусов 40 °C / 104 °F / 40 Градусов bis: / до: **Ohrenschmerzen / Боль в ушах**

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

links / в левом rechts / в правом beide Seiten / обе стороны Ausfluss / Выделение

Halsschmerzen / Боль в горле

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

beim Schlucken / при глотании

die ganze Zeit / всё время

heiser / Охриплый

Bauchschmerzen / Боль в животе

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

Übelkeit / Тошнота

mit Erbrechen / с Рвотой

mit Durchfall / Понос

breiig / густой (каша)

wässrig / жидкий (вода)

gelblich / желтоватый

brennen beim Wasser lassen / жжение при пускании мочи

blutig / с кровью

Augen / Глаза

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

rechts / правый

links / левый

beidseitig / оба

eitrig / гноение

gerötet / покраснение

juckend / зуд

Haut / Кожа

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

- | | |
|--|--------------------------|
| fleckig / пятнами | <input type="checkbox"/> |
| Pickel / покрыта прыщами | <input type="checkbox"/> |
| Rötung / покраснение | <input type="checkbox"/> |
| Bläschen / валдыри/пузыри | <input type="checkbox"/> |
| im Wickelbereich / в области подгузника | <input type="checkbox"/> |
| Vorhaut entzündet / воспаление крайней плоти | <input type="checkbox"/> |
| Vorhaut eng / стянутая крайняя плоть | <input type="checkbox"/> |
| Warze / бородавка | <input type="checkbox"/> |

Schmerzen / Боль

seit _____ Tagen/Wochen / Сколько дней/недель _____

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Kopf / Головная | <input type="checkbox"/> |
| Glieder / Ломит | <input type="checkbox"/> |
| Arm / Рука | <input type="checkbox"/> |
| Hand / Кисть | <input type="checkbox"/> |
| Fuß / Нога | <input type="checkbox"/> |
| Rücken / Спина | <input type="checkbox"/> |
| Brustkorb / Грудная клетка | <input type="checkbox"/> |
| Zeh / Палец на ноге | <input type="checkbox"/> |
| Generell / в общем | <input type="checkbox"/> |
| Finger / Пальцы | <input type="checkbox"/> |

Ich komme wegen einer / Я пришла/-ёл для

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Impfung / получения прививки | <input type="checkbox"/> |
| Vorsorge / регулярный осмотр | <input type="checkbox"/> |
| Desensibilisierung / Сенсibilизации | <input type="checkbox"/> |
| Blutabnahme / сдачи крови | <input type="checkbox"/> |
| Hörtest / проверки слуха | <input type="checkbox"/> |
| Sehtest / проверки зрения | <input type="checkbox"/> |
| Gespräch / Разговора | <input type="checkbox"/> |