
Здравствуйте.

У меня есть несколько вопросов, которые мне нужно Вам задать для помощи Вам или членам Вашей семьи.

Russian

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

Каждый вопрос подготовлен в письменном виде. Для большинства вопросов мы предлагаем Вам варианты ответов. Пожалуйста, пометьте подходящий ответ или напишите свой ответ, чтобы мы смогли спланировать оказание помощи. Если Вы не поняли вопрос или не уверены в том, как на него ответить, пометьте ответ «Не уверен(а)».

Russian

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions. Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or how to answer the question, please point to “Not sure” on the sheet.

Вы можете сказать, как Вас зовут?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Can you tell me your name?

No Not sure Yes

**Вы можете написать свое имя на этом листе
бумаги?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Can you write your name on this paper for me?

No Not sure Yes

Вы пришли сюда один / одна?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Did you come here alone?

No Not sure Yes

С Вами пришли другие члены семьи или друзья?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have other family member or friends with you?

No Not sure Yes

Если да, Вы можете мне сказать или написать их фамилии и возраст?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

If yes, can you tell me or write their names and ages?

No Not sure Yes

**Вы являетесь тем человеком, которому
необходима помощь?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Are you the person that needs help with care?

No Not sure Yes

**Если нет, напишите, пожалуйста, имя
человека, которому необходима помощь.**

Не уверен(а)

Russian

If not, please write their name.

Not sure

Каким образом Вы связаны с этим человеком?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Родитель | <input type="checkbox"/> Партнер |
| <input type="checkbox"/> Опекун | <input type="checkbox"/> Другой член семьи |
| <input type="checkbox"/> Супруг(а) | <input type="checkbox"/> Друг или сосед |
| <input type="checkbox"/> Ребенок | <input type="checkbox"/> Нет связи |
| <input type="checkbox"/> Брат или сестра | |

Russian

How are you related to this person?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Partner |
| <input type="checkbox"/> Guardian | <input type="checkbox"/> Other family member |
| <input type="checkbox"/> Spouse | <input type="checkbox"/> Friend or Neighbor |
| <input type="checkbox"/> Child | <input type="checkbox"/> No relationship |
| <input type="checkbox"/> Brother or Sister | |

Следующие вопросы относятся к человеку, которому необходима помощь. Если Вы отвечаете от имени этого человека, пожалуйста, удостоверьтесь в том, что Ваши ответы даются от его лица.

Например, если Вы даете ответы от имени своего ребенка и Вас спросили о возрасте, то Вы должны сообщить возраст Вашего ребенка, а не свой возраст.

Russian

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.

For example, if you are answering for your child and the question is “age”, you would give the age of your child needing care, not your age.

Возраст

Пожалуйста, продиктуйте или напишите число.

Не уверен(а)

Russian

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

Адрес

Пожалуйста, продиктуйте мне свой адрес,
покажите мне, где он записан, или напишите его.

Не уверен(а)

Russian

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

У Вас есть сейчас проблемы, связанные со здоровьем или другие медицинские проблемы?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have a medical or health concern right now?

No Not sure Yes

Как Вы себя физически чувствуете?



0

2

4

6

8

10

Прекрасно

Очень плохо

Не уверен(а)

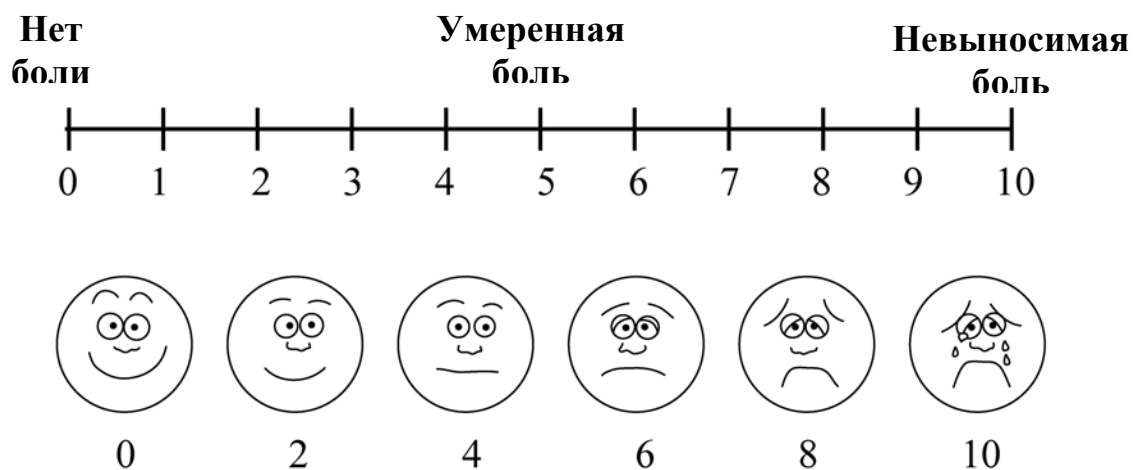
Russian

How are you feeling physically?

Fine Very ill

Not Sure

Насколько сильны Ваши болевые ощущения в настоящий момент?



Не уверен(а)

Russian

How much pain are you in right now?

No Pain Moderate Pain Worst Pain

Not Sure

Вы можете указать на ту часть тела, где Вы испытываете боль?

Нет Не уверен(а) Да



Если да - будьте добры, покажите мне.

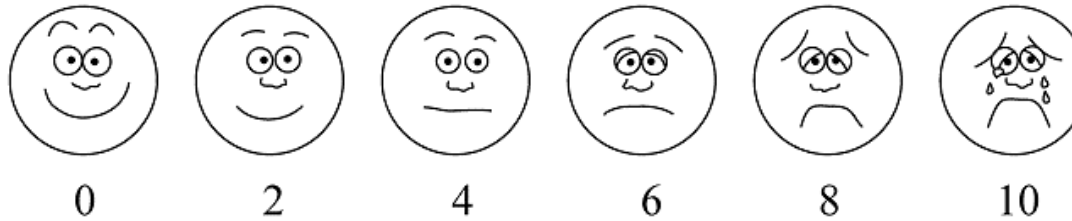
Russian

Can you point to the part of the body where you have pain?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

У некоторых людей случается умственное утомление, такое как уныние, чувство замешательства или гнева. В какой мере Вы ощущаете умственное утомление в настоящий момент?



Отсутствует

Очень сильное

Не уверен

Russian

Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?

None

Very much

Not Sure

Представляете ли Вы угрозу самому себе или другим?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

No Not sure Yes

**Вам нужны какие-либо лекарства, оборудование
или другие предметы первой необходимости?**

Нет

Не уверен(а)

Да



Russian

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

No Not sure Yes

**У Вас есть помощник или Вам нужно его
предоставить?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

No Not sure Yes

Ваш помощник пришел сюда? Собирается ли он(а) с Вами остаться?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Is your caregiver here and planning to stay with you?

No Not sure Yes

Фамилия и имя Вашего помощника:

Пожалуйста, продиктуйте или напишите его/её фамилию и имя.

Не уверен(а)

Russian

Your caregiver's name:

Please tell me or write the name.

Not Sure

У Вас есть специально обученное животное-помощник?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have a service animal?

No Not sure Yes

**Животное-помощник находится вместе с
Вами?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Is the service animal with you?

No Not sure Yes

Если нет, знаете ли Вы, где находится Ваше животное?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

If no, do you know where the animal is?

No Not sure Yes

**Вы получаете какие-либо льготы от «Медикэр»
(Medicare) или «Медикэйд» (Medicaid)?**

Нет

Не уверен(а)

Да



Russian

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

No Not sure Yes

У Вас есть с собой Ваша карточка?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have your card with you?

No Not sure Yes

**У Вас есть аллергия на продукты питания,
лекарства или на что-то другое?**

Нет Не уверен(а) Да

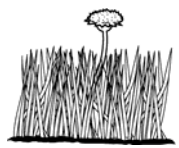
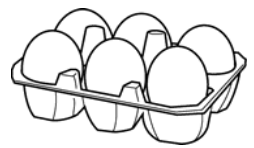


Russian

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

No Not sure Yes

Скажите мне, на что из приведенного ниже списка у Вас есть аллергия.

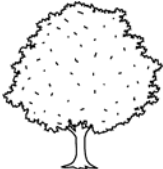


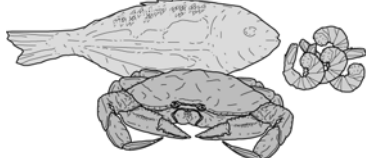
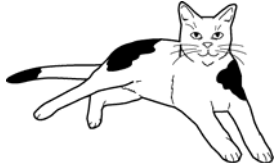


<input type="checkbox"/> Плесень	<input type="checkbox"/> Орехи или ореховое масло 
<input type="checkbox"/> Латекс 	<input type="checkbox"/> Молоко 
<input type="checkbox"/> Трава 	<input type="checkbox"/> Яйца 
<input type="checkbox"/> Лента 	<input type="checkbox"/> Пшеница или клейковина 

Russian

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Nuts or peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Milk |
| <input type="checkbox"/> Grass | <input type="checkbox"/> Eggs |
| <input type="checkbox"/> Tape | <input type="checkbox"/> Wheat or gluten |

Скажите мне, на что из приведенного ниже списка у Вас есть аллергия.

<input type="checkbox"/> Пыльца деревьев 	<input type="checkbox"/> Говядина 
<input type="checkbox"/> Пыль 	<input type="checkbox"/> Рыба или моллюски 
<input type="checkbox"/> Шерсть животных 	<input type="checkbox"/> Грибы 
<input type="checkbox"/> Бананы 	<input type="checkbox"/> Другое, не включенное в этот список <input type="checkbox"/> Не уверен(а)

Russian

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tree pollen | <input type="checkbox"/> Beef |
| <input type="checkbox"/> Dust | <input type="checkbox"/> Fish or shellfish |
| <input type="checkbox"/> Animal hair | <input type="checkbox"/> Mushrooms |
| <input type="checkbox"/> Bananas | <input type="checkbox"/> Other things not on this list |
| | <input type="checkbox"/> Not sure |

Если на лекарства, то какого типа?

- Пенициллин
- Сульфамиды
- Аспирин
- Йод
- Другие, не включенные в этот список
- Не уверен(а)

Russian

If medicine, what type?

- Penicillin
- Sulfa
- Aspirin
- Iodine
- Others not on this list
- Not Sure

**У Вас есть жетон или значок со сведениями о
болезни с собой?**

Нет Не уверен(а) Да



Если да - будьте добры, покажите мне.

Russian

Do you have or wear any kind of medical identification?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

**Вы находились в больнице, клинике или под
надзором врача в течение последнего месяца?**

Нет

Не уверен(а)

Да



Russian

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

No Not sure Yes

Если да, то по какой причине?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Проверка | <input type="checkbox"/> Проблемы с желудком |
| <input type="checkbox"/> Получение лекарства | <input type="checkbox"/> Хирургическая операция |
| <input type="checkbox"/> Проведение анализов | <input type="checkbox"/> Повышенное кровяное давление |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с сердцем | <input type="checkbox"/> Другая причина |
| <input type="checkbox"/> Боль | <input type="checkbox"/> Не уверен(а) |

Russian

If yes, what for?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Check up | <input type="checkbox"/> For stomach problems |
| <input type="checkbox"/> To get medicine | <input type="checkbox"/> For surgery |
| <input type="checkbox"/> For tests | <input type="checkbox"/> For high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> For heart problems | <input type="checkbox"/> Other reason |
| <input type="checkbox"/> For pain | <input type="checkbox"/> Not Sure |

Вы можете сообщить название больницы или клиники?

- Методистская больница Riverside (Riverside Methodist Hospital)
- Медицинский Центр Grant (Grant Medical Center)
- Больница Doctors (Doctors Hospital)
- Мемориальная больница Grady (Grady Memorial Hospital)
- Методистская больница Dublin (Dublin Methodist Hospital)
- Восточный филиал больницы Mount Carmel (Mount Carmel East)
- Западный филиал больницы Mount Carmel (Mount Carmel West)

Russian

Can you tell me which hospital or clinic?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

Вы можете сообщить название больницы или клиники?

- Больница Mount Carmel St. Ann's (Mount Carmel St. Ann's)
- Хирургическая больница Mount Carmel New Albany (Mount Carmel New Albany Surgical Hospital)
- Больница Университета штата Огайо (Ohio State University Hospital)
- Университетский госпиталь East (Ohio State University Hospital East)
- Онкологическая больницы Джеймса (The James Cancer Hospital) и Исследовательский институт Солова (Solove Research Institute)
- Кардиологическая больница Richard M. Ross штата Огайо (Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital)

Russian

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

Вы можете сообщить название больницы или клиники?

- Больница Harding штата Огайо (Ohio State's Harding Hospital)
- Prime Care Network Университета штата Огайо (Ohio State University Prime Care Network)
- Национальная детская больница (Nationwide Children's Hospital)
- Ближайший центр здоровья
- Другая клиника или больница
- Не уверен(а)

Russian

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

Вы можете назвать фамилию врача?

Пожалуйста, продиктуйте мне фамилию, покажите ее на карточке, или напишите.

Не уверен(а)

Russian

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

**Вам требуется какое-нибудь специальное
медицинское оборудование или медицинские
принадлежности?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

No Not sure Yes

Если да, можете сообщить, что Вы используете?

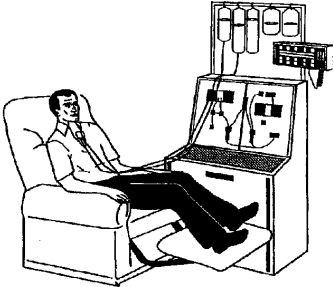
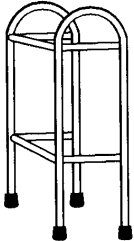
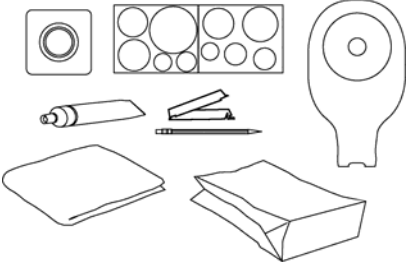

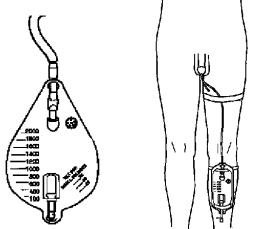
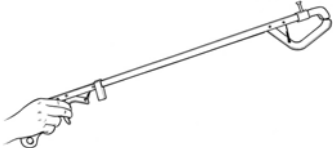
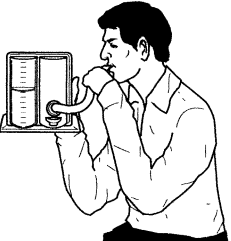
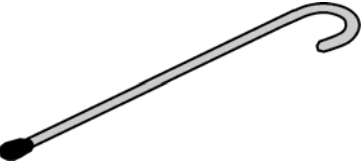

<input type="checkbox"/> Эпинефриновый противоаллергический карандаш 	<input type="checkbox"/> Инсулин 	<input type="checkbox"/> Шприцы 
<input type="checkbox"/> Распылитель 	<input type="checkbox"/> Измеритель глюкозы 	<input type="checkbox"/> Кислород 
<input type="checkbox"/> Респиратор 	<input type="checkbox"/> СИПАП 	<input type="checkbox"/> Перевязочный материал 

Russian

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epinephrine pen for allergy | <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Syringes |
| <input type="checkbox"/> Nebulizer | <input type="checkbox"/> Glucose meter | <input type="checkbox"/> Oxygen |
| <input type="checkbox"/> Respirator | <input type="checkbox"/> CPAP | <input type="checkbox"/> Dressings |

Если да, можете сообщить, что Вы используете?

<input type="checkbox"/> Диализ 	<input type="checkbox"/> Ходунок 	<input type="checkbox"/> Повязки для стомы 
<input type="checkbox"/> Трубка для кормления 	<input type="checkbox"/> Катетер-баллон Фолея 	<input type="checkbox"/> Активный захват 
<input type="checkbox"/> Стимулирующий спирометр 	<input type="checkbox"/> Трость 	<input type="checkbox"/> Приспособление для надевания носков 

Russian

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Ostomy supplies |
| <input type="checkbox"/> Tube feedings | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Reacher |
| <input type="checkbox"/> Incentive spirometer | <input type="checkbox"/> Cane | <input type="checkbox"/> Sock aid |

Если да, можете сообщить, что Вы используете?

<input type="checkbox"/> Шина 	<input type="checkbox"/> Утка или подкладное судно 	<input type="checkbox"/> Бандаж 
<input type="checkbox"/> Кресло-каталка 	<input type="checkbox"/> Доска для пересаживания 	<input type="checkbox"/> Повышенное сиденье для унитаза 
<input type="checkbox"/> Парентеральное питание 	<input type="checkbox"/> Место введения или катетер для лекарств 	<input type="checkbox"/> Другие медицинские принадлежности, не включенные в этот список <input type="checkbox"/> Не уверен

Russian

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Splint | <input type="checkbox"/> Urinal or bed pan | <input type="checkbox"/> Brace |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Transfer board | <input type="checkbox"/> Raised toilet seat |
| <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition | <input type="checkbox"/> Port or catheter for medicines | <input type="checkbox"/> Other supplies not on this list |
| | | <input type="checkbox"/> Not sure |

**Вы принесли какие-либо из этих
медицинских принадлежностей с собой?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Did you bring any of these supplies with you?

No Not sure Yes

Вы принимаете какие-либо лекарства ежедневно?

Нет

Не уверен(а)

Да



Russian

Do you take any medicines every day?

No Not sure Yes

У Вас есть с собой Ваши лекарства?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have your medicine with you?

No Not sure Yes

Когда Вы принимали это лекарство в последний раз?

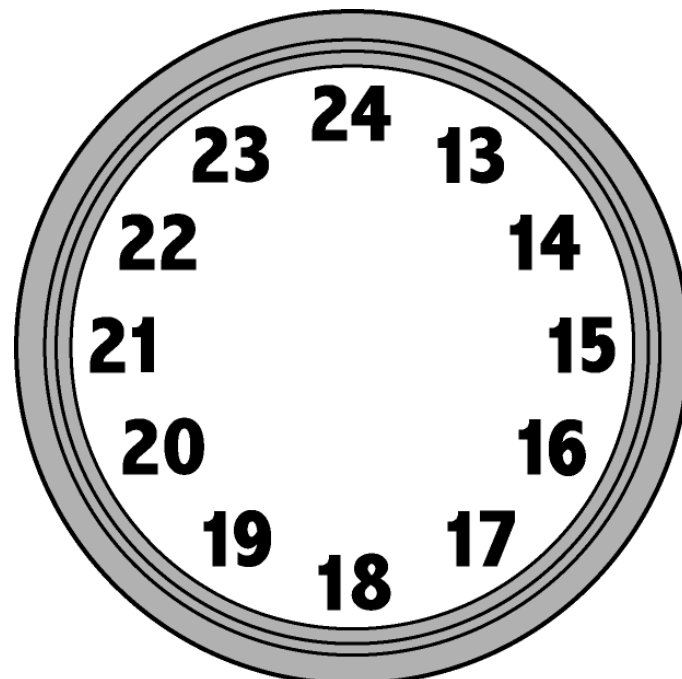
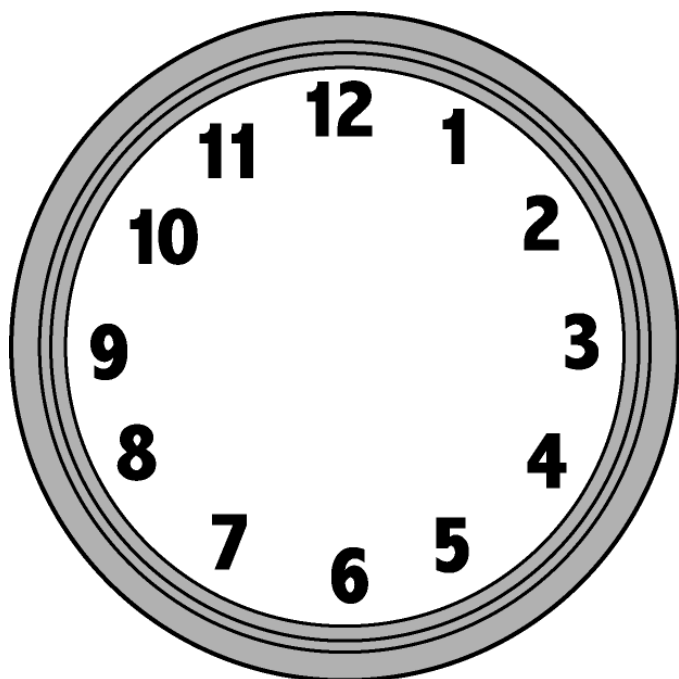
- Сегодня
- Вчера
- Более 2-х дней назад
- Более недели назад
- Не уверен(а)

Russian

When did you last take this medicine?

- Today
- Yesterday
- More than 2 days ago
- More than a week ago
- Not Sure

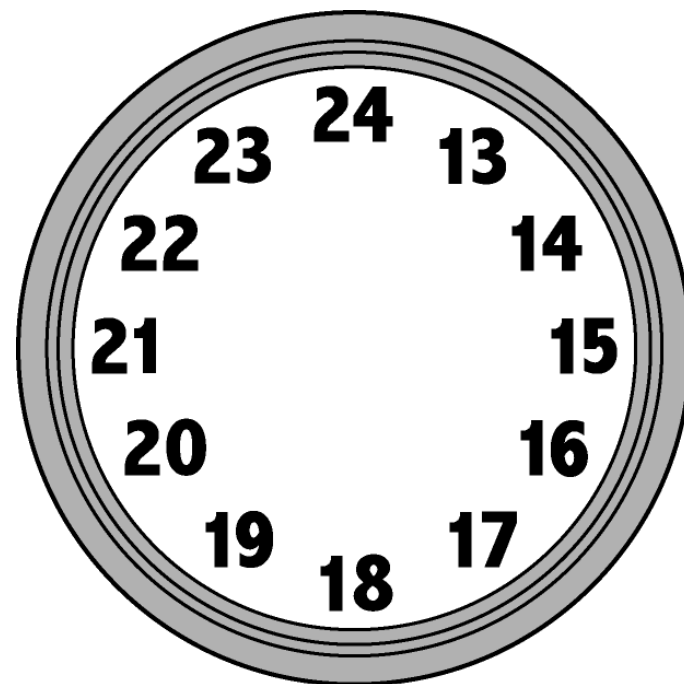
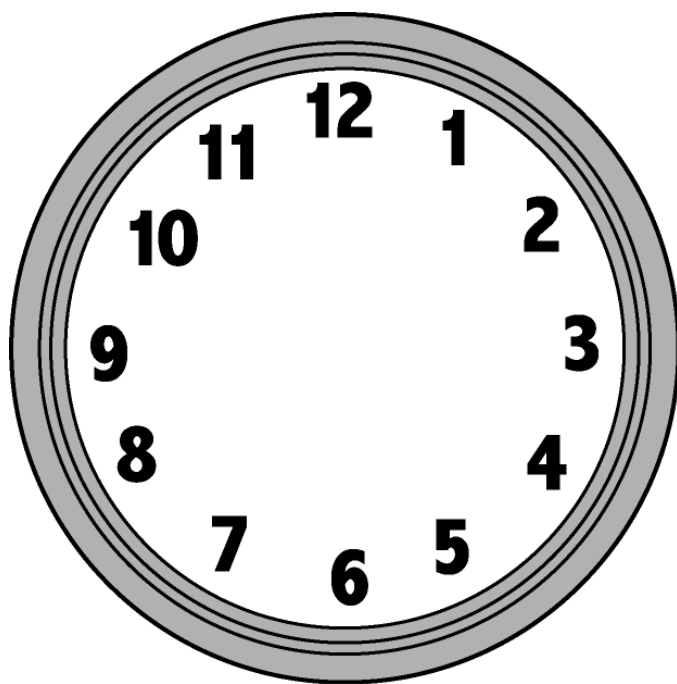
В какое время Вы его принимали?



Russian

What time did you take it?

**Когда Вы должны принимать Ваше
лекарство в следующий раз?**



Russian

When should you take your medicine again?

**Вы знаете название места, где Вы покупаете
Ваши лекарства (например, аптека,
продовольственный магазин или клиника)?**

Нет

Не уверен(а)

Да



Russian

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

No Not sure Yes

Вы знаете названия лекарств, которые Вы принимаете?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you know the names of the medicines you take?

No Not sure Yes

Вы знаете от каких болезней эти лекарства?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проблемы с сердцем | <input type="checkbox"/> Разжижение крови |
| <input type="checkbox"/> Повышенное кровяное давление | <input type="checkbox"/> Снижение уровня холестерина |
| <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Контролирование стресса |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с почками | <input type="checkbox"/> Помощь в засыпании |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с печенью | <input type="checkbox"/> Рак |

Russian

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> To thin my blood |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> To lower cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> To control my stress |
| <input type="checkbox"/> Kidney problems | <input type="checkbox"/> To help me sleep |
| <input type="checkbox"/> Liver problems | <input type="checkbox"/> Cancer |

Вы знаете от каких болезней эти лекарства?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Обезболивание | <input type="checkbox"/> ВИЧ или СПИД |
| <input type="checkbox"/> Артрит | <input type="checkbox"/> Анемия |
| <input type="checkbox"/> Нормализация кровообращения | <input type="checkbox"/> Проблемы с глазами |
| <input type="checkbox"/> Аллергии | <input type="checkbox"/> Проблемы с дыханием |
| <input type="checkbox"/> Лечение инфекционного заболевания | <input type="checkbox"/> Проблемы с кожей |

Russian

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pain control | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> To help my circulation | <input type="checkbox"/> Eye problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Breathing problems |
| <input type="checkbox"/> To treat an infection | <input type="checkbox"/> Skin problems |

Вы знаете от каких болезней эти лекарства?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Нормализация памяти | <input type="checkbox"/> Малярия |
| <input type="checkbox"/> Проблемы со щитовидной железой | <input type="checkbox"/> Спазмы мышц |
| <input type="checkbox"/> Помощь в избавлении от жидкости | <input type="checkbox"/> Другие причины, не включенные в этот список |
| <input type="checkbox"/> Туберкулез | <input type="checkbox"/> Не уверен(а) |

Russian

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> To help my memory | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Thyroid problems | <input type="checkbox"/> Muscle spasms |
| <input type="checkbox"/> To help me get rid of fluid | <input type="checkbox"/> Other reasons not on this list |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Not sure |

У Вас есть какие-либо проблемы со слухом?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have any problems with your hearing?

No Not sure Yes

Вы используете слуховой аппарат?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you use a hearing aid?

No Not sure Yes

У Вас есть с собой Ваш слуховой аппарат?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have your hearing aid with you?

No Not sure Yes

Ваш слуховой аппарат работает?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Is your hearing aid working?

No Not sure Yes

Вам нужна батарейка?

Нет

Не уверен(а)

Да



Russian

Do you need a battery?

No Not sure Yes

Вам нужен сурдоперевод?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need a sign language interpreter?

No Not sure Yes

Каким образом Вам удобнее всего общаться с окружающими?

- Сурдоперевод
- Чтение по губам
- Использование телетайпа
- Написание записок
- Использование коммуникационной панели
- Не уверен(а)

Russian

How do you best communicate with others?

- Sign language
- Lip read
- Use a TTY
- Write notes
- Use communication board
- Not Sure

Вы носите очки, изготовленные по рецепту?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you wear prescription eye glasses?

No Not sure Yes

У Вас есть очки с собой или среди Ваших вещей?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have your glasses with you or with your belongings?

No Not sure Yes

У Вас есть какие-либо проблемы со зрением, даже когда Вы носите очки?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have problems seeing, even with your glasses?

No Not sure Yes

Вы используете белую трость для людей со слабым зрением?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you use a white cane?

No Not sure Yes

У Вас есть с собой белая трость?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have your white cane with you?

No Not sure Yes

**Вам нужна помощь в передвижении, даже
когда Вы используете белую трость?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help getting around, even with your white cane?

No Not sure Yes

Вам нужна помощь в передвижении?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help moving around?

No Not sure Yes

**Вам нужна помощь для того, чтобы лечь в
постель или встать с постели?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help getting in or out of bed?

No Not sure Yes

Вам нужна помощь при одевании?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help getting dressed?

No Not sure Yes

**Вам нужна помощь при пользовании
туалетом?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help using the bathroom?

No Not sure Yes

Вам нужна помощь при мытье в ванной?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help bathing?

No Not sure Yes

Вам нужна помощь при приеме пищи?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help eating?

No Not sure Yes

Вам нужна помощь при измельчении пищи?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you need help cutting up your food?

No Not sure Yes

**С Вами пришел кто-нибудь из членов семьи,
друг или человек, который ухаживает за Вами,
которые помогают Вам в этих вопросах?**

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

No Not sure Yes

У Вас есть искусственные зубы или зубной протез?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have false teeth or dentures?

No Not sure Yes

У Вас есть с собой искусственные зубы?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Do you have your false teeth with you?

No Not sure Yes

Вам требуется специальная диета?

Нет Не уверен(а) Да



Russian

Are you on any special diet?

No Not sure Yes

Какого типа диета?

- Диабетическая
- С низким содержанием соли
- Почечная диета
- Диета без клейковины
- Вегетарианская
- Кошерная

Russian

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

Какого типа диета?

- Мягкая пища
- Диета при проблемах с проглатыванием
- Диета для защиты от инфекционных заболеваний
- Другого типа, не включенная в этот список
- Не уверен(а)

Russian

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure

**Номер телефона, по которому Вам можно
ПОЗВОНИТЬ.**

Russian

Telephone number where you can be reached?

Другой номер телефона, если он у Вас есть.

Russian

Another telephone number, if you have one.

Адрес электронной почты, если он у Вас есть.

Russian

Email address, if you have one.

Дата рождения

Russian

Date of birth