

Vul deze vragenlijst in **Будь-ласка, заповніть цю форму**

- Ik versta Nederlands. **Я розумію німецьку мову**
- Ik versta Engels. **Я розумію англійську мову**
- Ik versta alleen Oekraïens. **Я розумію тільки українську мову**
- Ik wil een medicijn voor mijzelf. **Мені потрібні ліки для мене**
- Ik wil een medicijn voor iemand anders. **Мені потрібні ліки для когось іншого**
- Ik ben zwanger. **Я вагітна**
- Ik ben niet zwanger. **Я не вагітна**

Ik heb een chronische ziekte **В мене є хронічне захворювання**

- Diabetes mellitus **Цукровий діабет**
- Longziekte **Захворювання легенів**
- Hartziekte **Хвороба серця**
- Hoge bloeddruk **Гіпертонія**
- Maagziekte **Захворювання шлунку**
- Nierziekte **Захворювання нирок**
- Allergie **Алергія**
- Epilepsie **Епілепсія**
- Ik rook regelmatig. **Я курю регулярно**
- Ik rook niet. **Я не курю**
- Ik neem zelden medicijnen. **Я рідко приймаю ліки.**
- Ik neem regelmatig medicijnen. **Я приймаю регулярно ліки.**
- Neem deze alsjeblieft mee naar de apotheek. **Будь-ласка, принесіть свої ліки до аптеки.**

Ik heb klachten en wil medicijnen voor... / Я маю симптоми і я хочу ліки від ...

<input type="checkbox"/> Pijn Болю	<input type="checkbox"/> Kiespijn Зубного болю	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn Головного болю	<input type="checkbox"/> Rugpijn Болю у спині	<input type="checkbox"/> Buikpijn Болю у животі
<input type="checkbox"/> Allergie Алергії	<input type="checkbox"/> Slaapstoornis Порушенні сну	<input type="checkbox"/> Verkoudheid Нежиті	<input type="checkbox"/> Oorpijn Болю у вусі	<input type="checkbox"/> Hoesten Кашлю
<input type="checkbox"/> Keelpijn Болю у горлі	<input type="checkbox"/> Klachten bij slikken Проблем з ковтанням	<input type="checkbox"/> Maagzuur Печії	<input type="checkbox"/> Jeuk Свербіння	<input type="checkbox"/> Braken Блювоти
<input type="checkbox"/> Misselijkheid Нудоти	<input type="checkbox"/> Menstratieklachten Менструального болю	<input type="checkbox"/> Diarree Діареї	<input type="checkbox"/> Constipatie Закрепу	<input type="checkbox"/> Wond Ран/Поранень
<input type="checkbox"/> Huidziekte Захворювання шкіри	<input type="checkbox"/> Oogziekte Захворювання очей	<input type="checkbox"/> Meet mijn bloeddruk alsjeblieft Поміряйте мені будь-ласка тиск		

De klachten houden aan

- Minder dan een dag
- 1 tot 2 dagen (1 – 2)
- Langer dan 2 dagen

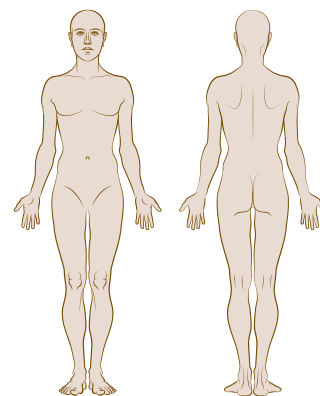
- Ik heb geen koorts
- Ik heb lichte koorts
- Ik heb hoge koorts

- Ik ben nog niet naar een arts geweest met mijn klachten **Я ще не була у лікаря з приводу цих симптомів**
- Ik ben al naar een arts geweest met mijn klachten **Я уже була у лікаря з приводу цих симптомів**

Біль триває протягом ...

- Меньше доби
- Один-два дні (1 – 2)
- Довше двох днів

- У мене нема температури
- У мене є невелика температура
- У мене є висока температура



Geef de locatie aan van jouw klacht
Будь-ласка, вкажіть на малюнку місце Вашого болю/дискомфарту

- Ben je tegen corona ingeënt?
- Ik wil mij graag laten vaccineren.
- Heb je een vaccinatiewijs?
- Ik wil graag een coronasneltest kopen.
- Ik wil graag een FFP2-masker kopen voor volwassenen/kinderen.
- Ik wil een chirurgisch masker voor volwassenen/kinderen kopen.
- Ik wil handdesinfectie kopen.

- Ви маєте вакцинацію від коронавірусу (Ковід -19)?
- Я хочу вакцинуватися від коронавірусу (Ковід-19).
- У Вас є карта/паспорт вакцинації?
- Я хочу купити експрес-тест для визначення коронавірусу.
- Я хочу купити маску FFP2 для дорослого/для дитини.
- Я хочу купити хірургічну маску для дорослого/для дитини.
- Я хочу купити дезинфікуючий засіб.

Bedankt voor je bezoek aan onze apotheek

Дякуємо за Ваш візит до нашої аптеки

Naam en adres apotheek
Назва та адреса аптеки

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> We bestellen het medicijn voor je.
Haal het morgen alsjeblieft op. | Ми замовимо для Вас ліки.
Забиріть ліки будь-ласка завтра. |
| <input type="checkbox"/> We bereiden het medicijn voor je.
Haal het morgen alsjeblieft op. | Ми виготовимо препарат для Вас.
Заберіть будь-ласка ліки завтра. |
| <input type="checkbox"/> Het medicijn kost je niets. | Ліки для Вас безкоштовні. |
| <input type="checkbox"/> Het medicijn kost euro. | Ліки коштують євро. |
| <input type="checkbox"/> We raden je aan naar een arts te gaan. | Ми рекомендуємо Вам звернутись до лікаря. |
| <input type="checkbox"/> Ga naar een arts als de klachten niet binnen
2 dagen zijn verminderd. | Будь-ласка, зверніться до лікаря, якщо Ваш стан не
покращиться протягом 2 днів. |

Adres van een arts in de buurt. Адреса лікаря поруч/не далеко від Вашого місця проживання.

Naam van het medicijn **Назва лікарського засобу**

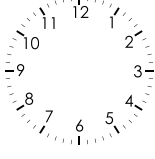
Datum **Число/дата**

Je krijgt een medicijn

Ви отримаєте ліки

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oraal innemen | Для перорального вживання |
| <input type="checkbox"/> In de neus sprayen | Для розпилення в ніс |
| <input type="checkbox"/> In het oog druppelen | Для капання в очі |
| <input type="checkbox"/> Rectaal inbrengen | Для введення в пряму кишку |
| <input type="checkbox"/> In de vagina | Для введення в піхву |
| <input type="checkbox"/> Aanbrengen op de huid | Для нанесення на шкіру |
| <input type="checkbox"/> Inhaleren | Для вдихання |
| <input type="checkbox"/> In het oor druppelen | Для капання у вухо |
| <input type="checkbox"/> Door arts laten injecteren | Для ін'єкцій лікарем |

Gebruik of inname **Застосування або прийом всередину**

<input type="checkbox"/> Eenmaal daags Раз на день	<input type="checkbox"/> Tweemaal daags Два рази на день	<input type="checkbox"/> Driemaal daags Три рази на день	<input type="checkbox"/> Indien nodig При необхідності	
<input type="checkbox"/> 's Morgens Вранці	<input type="checkbox"/> 's Middags В обід	<input type="checkbox"/> 's Avonds Ввечері	<input type="checkbox"/> 's Nachts Наніч	
<input type="checkbox"/> Bij het eten Під час їжі	<input type="checkbox"/> 's Morgens voor het ontbijt Зранку перед сніданком	<input type="checkbox"/> 30 minuten voor het eten За 30 хвилин до їжі	<input type="checkbox"/> 2 uur na het eten Через дві години після їжі	<input type="checkbox"/> Onafhankelijk van het eten Незалежно від їжі
<input type="checkbox"/> 1 stuk Одну штуку	<input type="checkbox"/> 2 stuks Дві штуки	<input type="checkbox"/> _____ Milliliter _____ Мілілітрів		

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neem het medicijn met een glas leidingwater in. | Запивайте ліки склянкою води. |
| <input type="checkbox"/> Los het medicijn in water op. | Будь-ласка розчиніть ліки у воді. |
| <input type="checkbox"/> Neem het medicijn niet met melkproducten in. | Не приймайте ліки з молочними продуктами. |
| <input type="checkbox"/> Laat de apotheker het gebruik van het medicijn uitleggen. | Нехай в аптеці порекомендують, як використовувати ліки. |
| <input type="checkbox"/> Bewaar het medicijn zo koel mogelijk (niet invriezen). | Будь-ласка зберігайте ліки якомога прохолодніше (у прохолодному місці). |
| <input type="checkbox"/> Neem het medicijn totdat de verpakking leeg is. | Будь-ласка приймайте ліки, поки упаковка не закінчиться. |
| <input type="checkbox"/> Pas erop dat het medicijn niet in handen van kinderen komt. | Зберігайте ліки в недоступному для дітей місці. |