

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten, dass Sie bei uns gut versorgt werden und sich wohl fühlen.

Falls kein Übersetzer dabei ist oder wir dies nicht anbieten können, möchten wir Sie bitten, den Fragebogen auszufüllen.

Für die Behandlung benötigen wir einen „Behandlungsschein“. Dieser wird Ihnen vom zuständigen Landratsamt ausgestellt, bei dem Sie sich in Deutschland registriert haben. Bitte bringen Sie diesen Behandlungsschein zu Ihren Terminen immer mit.

Wir veranlassen üblicherweise eine Blutentnahme, um Ihre Therapie zu überwachen.

Zusätzlich werden wir Ihnen Rezepte für Ihre antiretrovirale Therapie ausstellen, mit denen Sie bitte dann in eine Apotheke gehen.

Bitte beachten Sie, dass sich die Medikamente in Deutschland von denen in der Ukraine unterscheiden können. Dies betrifft jedoch meist nur die Formulierung:

Zum Beispiel ist das in der Ukraine übliche Kombinationspräparat Dolutegravir/Lamivudin/Tenofovir in Deutschland nur als 2 Einzeltabletten verfügbar. Diese 2 Tabletten nehmen Sie dann anstatt der bisherigen Tablette wie gewohnt ein.

Kontrolluntersuchungen sind zu Anfang nach etwa 4-6 Wochen notwendig, anschließend alle 3 Monate.

*Ihre Praxis*

## Шановні пацієнти,

Ми хочемо, щоб наша команда піклувалась про вас якомога краще, та ви відчували себе комфортно.

Якщо перекладача немає або ми не можемо його надати, просимо вас заповнити анкету.

Для отримання медичного обслуговування потрібно мати «довідку про лікування» (Behandlungsschein). Вона буде видана вам відповідальним районним офісом, де ви зареєстровані в Німеччині. Будь ласка, завжди майте цю довідку з собою, якщо йдете на прийом до лікаря.

Зазвичай ми організуємо забір крові, щоб слідкувати за вашою терапією.

Крім того, ми випишемо вам рецепти на антиретровірусну терапію, які потім, будь ласка, віднесіть до аптеки.

Зверніть увагу, що ліки в Німеччині можуть відрізнятися від ліків в Україні. Однак це зазвичай впливає лише на формулювання:

Наприклад, поширений в Україні комбінований препарат Dolutegravir/Lamivudin/Tenofovir випускається в Німеччині у вигляді двох окремих таблеток, тому ви приймаєте їх замість попередньої одної таблетки.

Обстеження спочатку необхідні приблизно кожні 4-6 тижнів, потім кожні 3 місяці.

*Ihre Praxis*

---

Praxisstempel

# Fragebogen für Patient\*innen mit HIV-Infektion aus der Ukraine

## Анкета для хворих на ВІЛ-інфекцію з України

Name (Прізвище) \_\_\_\_\_ Vorname (Ім'я) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Дата народження) \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse in Deutschland \_\_\_\_\_  
Актуальна адреса в Німеччині

Zuständiges Landratsamt \_\_\_\_\_  
Назва району, де ви зареєстровані

1. Seit wann ist eine HIV-Infektion bei Ihnen bekannt? \_\_\_\_\_  
Як давно вам відомо, що ви маєте ВІЛ-інфекцію?

2. Ist bei Ihnen eine schwere AIDS-Erkrankung aufgetreten in der Vergangenheit?  
Чи був у вас в минулому важкий випадок СНІДу?  
 Ja (так)  Nein (ні)  Wenn ja: Welche? (Якщо так, то який?): \_\_\_\_\_

3. Werden Sie mit antiretroviralen Medikamenten behandelt?  
Чи лікуєтесь ви антиретровірусними препаратами?  
 Ja (так)  Nein (ні)  Wenn ja: Welche? (Якщо так, то який?): \_\_\_\_\_  
 Wenn ja: Seit wann? (Якщо лікуєтесь ними, то відколи?) \_\_\_\_\_

4. Sind die Medikamente gut verträglich?  
Чи добре переносяться препарати?  
 Ja (так)  Nein (ні)  
 Wenn nein: Welche Probleme haben Sie? \_\_\_\_\_  
(Якщо погано, то яке\які ускладнення виникли?)

5. Haben Sie eine weitere Infektionserkrankung?  
Чи є у вас інше інфекційне захворювання?  
 Hepatitis B (Гепатит В)  Hepatitis C (Гепатит С)  Tuberkulose (Туберкульоз)  
 Wenn ja: ist diese behandelt worden? \_\_\_\_\_  
(Якщо так: чи лікувалось це захворювання?)

6. Haben Sie weitere Erkrankungen?  
Чи є у вас інші захворювання?  
 Ja (так)  Nein (ні)  
 Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_  
(Якщо так, то які?): \_\_\_\_\_

7. Nehmen sie weitere Medikamente ein?  
Чи приймаєте Ви інші ліки?  
 Ja (так)  Nein (ні)  
 Wenn ja: Welche? (Якщо так, то які?): \_\_\_\_\_