praxisgemeinschaft ambulante anästhesie

manfred schlechtriem | oliver asbach | michael rupprecht | elmar stein

am waldschlößchen 3 | 44795 bochum | fon 0172 9365202 | fax 0234 95294946
www.praxisgemeinschaft-anaesthesie.de

Allgemeiner Anamnesebogen: **ITALIENISCH**

MODULO ANAMNESI GENERALE

Name: Cognome: ..... Vorname: Nome: ..... Geburtsdatum: data di nascita: .....

Indirizzo: Adresse: .....

Ist eine Versicherung vorhanden? **Si avvale di una assicurazione?** Ja, bei **Sì, presso.....** nein **No .....**

Gentile paziente,

malattie di tutti i generi possono avere effetti sul Suo trattamento. La preghiamo quindi di compilare il seguente questionario accuratamente. I dati sono coperti dal segreto professionale e servono esclusivamente per adattare il trattamento alle Vostre condizioni di salute.

(Per favore compili il questionario e segni la risposta esatta con una crocetta!)

1. Assume regolarmente farmaci? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Sì No
   Se sì, quali? Wenn ja, welche? .....
   .....
2. Assume farmaci anticoagulanti (per esempio Marcumar, Pradaxa o Xarelto)? Sì No
   Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?
   Se sì, quali? Wenn ja, welche? .....
3. Non tollera certi farmaci? Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Sì No
   Se sì, quali? Wenn ja, welche? .....
   .....
4. E allergico? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Sì No
   – E allergico a certi materiali? Bei bestimmten Materialien? Sì No
   – E allergico a certi farmaci? Bei bestimmten Arzneimitteln? Sì No
   – E allergico a certi prodotti alimentari? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Sì No
5. Soffre di
   – un'allergia alla penicillina? Haben Sie eine Penicillinallergie? Sì No
   – un'allergia allo iodio? Jodallergie? Sì No
   – un'allergia al lattice? Latexallergie? Sì No
6. Soffre o ha sofferto di una malattia cardiaca? Sì No
   Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
   – Difetto cardiaco congenito o acquisito? Angeborener o. erworbener Herzfehler? Sì No
   – Valvulopatia o protesi valvolare cardiaca? Herzklappenfehler o. -prothese? Sì No
   – Endocardite (infiammatorio dell'endocardio)? Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Sì No
   – Operazioni al cuore? Herzoperationen? Sì No
   – Ha uno stimolatore cardiaco? Haben Sie einen Herzschrittmacher? Sì No

7. Soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie?
Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

- Malattie infettive (per esempio tubercolosi, epatite, AIDS)? Infektionskrankheiten? Sì No
- Malattie del feagto? Lebererkrankungen? Sì No
- Malattie cardiache (infarto cardiaco, angina pectoris)? Herzerkrankungen? Sì No
- Pressione alta (ipertensione)? Zu hoher Blutdruck? Sì No
- Pressione bassa (ipotensione)? Zu niedriger Blutdruck? Sì No
- Ictus? Schlaganfall? Sì No
- Malattie dei reni? Nierenerkrankungen? Sì No
- Diabete? Diabetes? Sì No
- Malattie della tiroide? Schilddrüsenerkrankungen? Sì No
- Malattie del sangue e della coagulazione del sangue? Sì No
  Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?
- Malattie dei nervi? Nervenerkrankungen? Sì No
- Epilessia o malattie simili? Anfallsleiden? Sì No

8. E' stato operato durante l'ultimo anno? Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Sì No

Se sì, quale parte del corpo è stata operata? Wenn ja, in welchem Körperbereich? ...

.....

9. Ha o ha avuto lesioni della mascella o del viso? Sì No
Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?

10. Per ora ha sopportato bene le siringhe dal dentista? Sì No
Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

11. Ha avuto un'emorragia secondaria dopo un'estrazione dentaria? Sì No

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

12. Ha avuto una cura dentistica a proposito di una malattia generale? Sì No

Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?

13. Quando è stata l'ultima volta che Le è stata fatta una radiografia?

Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?

Da quale parte del corpo è stata fatta? In welchem Körperbereich? .....

.....

14. **Per la donna**: Bei Frauen:

E in gravidanza? Besteht eine Schwangerschaft? Sì No

Specifichi il mese in caso di risposta affermativa:. Wenn ja, in welchem Monat? .....

15. Nome ed indirizzo del medico di famiglia: Name und Anschrift des Hausarztes .....

.....

.....

.....

Luogo, data Ort, Datum firma del paziente Unterschrift des Patienten