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: **KROATISCH**

BOLESNIČKI LIST

Name: Prezime:.....
Vorname: Ime: .....
Geburtsdatum: datum rodenja: .....

Adresa: Adresse: .....

Ist eine Versicherung vorhanden? **Dali ste zdravstveno osigurani?**
Ja, bei **Ako da, koje osiguranje? .....**
nein **Ne .....**

Poštovana pacjentice, poštovani pacjent ,
Razne bolesti mogu imati utjecaj na vaše zubno lječenje. Molimo Vas da, iz tog razloga, vrlo točno ispunite ovaj upitni list. Sve što napisete podlježe čuvanju lječničke tajne i služi samo da omogući najbolju zubarsku intervenciju u skladu sa Vašim općim zrdavstvenim stanjem.

(Molimo ispunite ili zaokružite ono sto odgovara)

1. Dali redovno uzimate neke ljekove? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Da Ne
   Ako da, navedite koje? Wenn ja, welche? .....

2. Dali uzimate ljek protiv tromboze ili smanjenje gustoće krvi? Da Ne
   Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?
   (Na primjer Marcumar, Pradaxa ili Xarelto)?
   Ako da, navedite koje? Wenn ja, welche? .....

3. Dali postoji neki ljek koji ne podnosite? Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Da Ne
   Ako da, koji? Wenn ja, welche? .....

4. Dali naginjete alergijskim reakcijama? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Da Ne
   - Kod nekih materijala? Bei bestimmten Materialien? Da Ne
   - Kod nekih ljekova? Bei bestimmten Arzneimitteln? Da Ne
   - Kod neke hrane? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Da Ne

5. Dali imate alergiju na: Haben Sie eine
   - Penicillin? Penicillinallergie? Da Ne
   - Preparate joda? Jodallergie? Da Ne
   - Alergija na latex? Latexallergie? Da Ne

6. Dali ste bolesni na srce ili ste kada imali neko srčano oboljenje? Da Ne
   Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
   - Urođena ili stečena srčana greška? Angeborener o. erworbener Herzfehler? Da Ne
   - Greška na srčanim zaliscima ili umjetni zalisci? Herzklappenfehler o. -prothese? Da Ne
   - Upala srcane vrećice? Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Da Ne
   - Operacija scra? Herzoperationen? Da Ne
   - Dali imate „Pacemaker“? Haben Sie einen Herzschrittmacher? Da Ne

7. Dali bolujete ili ste kada bolovali od navedenih bolesti?
Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

– Infektivne-zarazne bolesti (Tuberkuloza,Hepatitis, SIDA-Aids)? Infektions-krankheiten?	Da	Ne
– Bolesti jetre? Lebererkrankungen?	Da	Ne
– Bolesti scra (Infarkt, Angina pektoris)? Herzerkrankungen?	Da	Ne
– Visoki krvni tlak? Zu hoher Blutdruck?	Da	Ne
– Niski krvni tlak? Zu niedriger Blutdruck?	Da	Ne
– Moždani udar (kap) Schlaganfall?	Da	Ne
– Bolest bubrega? Nierenerkrankungen?	Da	Ne
– Šećerna bolest? Diabetes?	Da	Ne
– Bolest štitnjače (Guša) Schilddrüsenerkrankungen?	Da	Ne
– Bolesti krvi ili poremećeno zgrušavanje Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?	Da	Ne
– Nervna oboljenja? Nervenerkrankungen?	Da	Ne
– Epileptični napadaji ili slično? Anfallsleiden?	Da	Ne

8. Dali ste u prošloj godini imali neku operaciju? Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Da Ne
Ako da, na kojem dijelu tijela? Wenn ja, in welchem Körperbereich? .....
.....

9. Dali imate ili ste imali povredu na licu ili čeljusti? Da Ne
Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?

10. Dali ste do sada injekciju kod zubara dobro podnosili? Da Ne
Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?

11. Dali je nakon vađenja zuba, nesto kasnije ,došlo do jaččeg krvarenja? Da Ne
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

12. Dali je kod vas izvađen koji zub u procesu lječenja neke druge bolesti Da Ne
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?

13. Kada ste zadnji puta bili snimani na Rendgen? Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?
Koji dio tijela? In welchem Körperbereich? .....

14. **Kod žena**: Bei Frauen:
Dali ste možda u trudnoći? Besteht eine Schwangerschaft? Da Ne
Ako da, koji mjesec? Wenn ja, in welchem Monat? .....

15. Ime i adresa kućnog lječnika u mjestu boravka: Name und Anschrift des Hausarztes
.....

.....

Mjesto, Datum
Ort, Datum

Potpis pacjenta
Unterschrift des Patienten