

praxisgemeinschaft ambulante anästhesie

manfred schlechtriem | oliver asbach | michael rupprecht | elmar stein

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

Allgemeiner Anamnesebogen: UNGARISCH

ÁLTALÁNOS KÖRTÖRTÉNETI ADATLAP

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Családnév: Keresztnév: születési idő:

Cím: Adresse:

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
Van érvényes (beteg)biztosítása? Igen,-nál/nél Nem.....

Tisztelt Páciens,

Különböző betegségek, különböző mellékhatásokat illetve következményeket okozhatnak a kezelésének folyamán. Kérjük FIGYELMESEN és GONDOSAN töltse ki az atalapunkat. Az adatokat védi az orvosi titoktartás és kizárolag az ön kezelésének legeredményesebb lefolyásának érdekében használjuk fel.

(Kérjük töltse ki, ollettve x-elje be az önére vonatkozó választ)

- | | | |
|--|------|-----|
| 1. Szed Ön renszeresen orvosságot? | Igen | Nem |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | | |
| Ha igen, melyek ezek? Wenn ja, welche? | | |
| 2. Szed Ön olyan orvosságot, melyek a véravadást késleltetik, ill. megakadályozzák (pl: Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)? | Igen | Nem |
| Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? | | |
| Ha igen, melyek ezek? Wenn ja, welche? | | |
| 3. Rosszul van e Ön bizonyos orvosságoktól? | Igen | Nem |
| Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? | | |
| Ha igen, melyek ezek? Wenn ja, welche? | | |
| 4. Hajlamos Ön allergiás reakcióra? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? | Igen | Nem |
| – Bizonyor anyagoknál? Bei bestimmten Materialien? | Igen | Nem |
| – Bizonyos orvosságoknál? Bei bestimmten Arzneimitteln? | Igen | Nem |
| – Bizonyos élelmiszereknél? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Igen | Nem |
| 5. Van önnel Haben Sie eine | | |
| – Penicillin allergiája? Penicillinallergie? | Igen | Nem |
| – Jód allergiája? Jodallergie? | Igen | Nem |
| – Latex allergiája? Latexallergie? | Igen | Nem |
| 6. Van e illetve volt e önnel szívbetegsége? Van e / Volt e Önnel | Igen | Nem |
| Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | | |
| – Önnel született vagy később kialakult Szívbetegsége? | Igen | Nem |
| – Angeborener o. erworbener Herzfehler? | | |

– Szírvbillentyü zavara vagy szívbillaryü protézise? Herzklappenfehler o. -prothese?	Igen	Nem
– Endocarditis (Szívnyálkahártya fertözés)? Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?	Igen	Nem
– Szívoperációja? Herzoperationen?	Igen	Nem
– Önnek Szívritmusszabályzója? Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Igen	Nem
7. Szenved vagy szenvedett e a következő betegségekben?		
Leiden oder litt Sie an nachfolgenden Krankheiten?		
– Fertőző betegségek (pl: Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Infektionskrankheiten?	Igen	Nem
– Májelégtelenség? Lebererkrankungen?	Igen	Nem
– Szívbetegségek (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Herzerkrankungen?	Igen	Nem
– Túl magas vérnyomás? Zu hoher Blutdruck?	Igen	Nem
– Túl alacsony vérnyomás? Zu niedriger Blutdruck?	Igen	Nem
– Gutaütés? Schlaganfall?	Igen	Nem
– Veseelégtelenség? Nierenerkrankungen?	Igen	Nem
– Cukorbetegség? Diabetes?	Igen	Nem
– Pajzsmirigy megbetegedés? Schildrüsenerkrankungen?	Igen	Nem
– Vérérzékenység vagy Véralvadászavar? Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?	Igen	Nem
– Idegrendszeri megbetegedés? Nervenerkrankungen?	Igen	Nem
– Idegrendszeri roham (pl.: Epilepszia)? Anfallsleiden?	Igen	Nem
8. Meg lett e Ön tavaly operálva? Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?	Igen	Nem
Ha igen, akkor a test melyik területén? Wenn ja, in welchem Körperebereich?		
.....		
9. Van e ill. volt e sérülése az állkapocs területén?	Igen	Nem
Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?		
10. Lett e Ön valaha rosszul injekciótól fogorvosnál?	Igen	Nem
Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?		
11. Fellépett e utólagos vérzes foghúzás után?	Igen	Nem
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?		
12. Végeztel e el önnél bármilyen fogkezelést bármilyen megbetegedésből kifolyólag? Igen	Igen	Nem
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?		
13. Mikor lett Ön utóljára megröntgenezve? Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?		
A test melyik területén? In welchem Körperebereich?		
14. Hölgyek részére: Bei Frauen:		
Terhes e Ön jelenleg? Besteht eine Schwangerschaft?	Igen	Nem
Ha igen, melyik hónapban jár? Wenn ja, in welchem Monat?		
15. Háziorvosának neve és címe: Name und Anschrift des Hausarztes		
.....		

Hely, Dátum
Ort, Datum

Páciens aláírása
Unterschrift des Patienten