

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: **RUSSISCH**

Общие медицинские ведомости

Фамилие:..... Имя..... date of birth:.....

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei

nein

Есть у Вас страховка _ **Да, где**.....

НЕТ

Уважаемый/ая Пациент,

болезни всех видов могут иметь последствия для их лечения. Пожалуйста, заполните эту Анкету тщательно. Раскрытие информации при условии сохранения врачебной тайны используется исключительно для лечения вашего здоровья.

Пожалуйста заполните анкету!

1. Принимаете ли Вы медикаменты **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Да Нет
Если да, какие? **Wenn ja, welche?**

2. Принимаете Вы медикаменты от свёртывание крови? Да Нет
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, Xarelto, Pradaxa)?
если да, какие? **Wenn ja, welche?**

3. Какие медикаменты вы не переносите? **Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?** Да Нет
Если да, какие? **Wenn ja, welche?**

4. У вас есть аллергия? **Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?** Да Нет
- На некоторые материалы ? **Bei bestimmten Materialien?** Да Нет
- На медикаменты? **Bei bestimmten Arzneimitteln?** Да Нет
- На Питание? **Bei bestimmten Nahrungsmitteln?** Да Нет

5. У вас есть **Haben Sie eine**
- Аллергия на Ренициллин? **Penicillinallergie?** Да Нет
- Йод? **Jodallergie?** Да Нет
- Латекс? **Latexallergie?** Да Нет

6. Есть у вас болезни сердца? Да Нет

Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- Врождённый порок сердца? **Angeborener o. erworbener Herzfehler?** Да Нет
- Клапанный / Протез клапана сердца? **Herzklappenfehler o. -prothese?** Да Нет
- Внутриннее воспление кожи в сердце? **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?** Да Нет
- Операции на сердце ? **Herzoperationen?** Да Нет
- Кардиостимулятор ? **Haben Sie einen Herzschrittmacher?** Да Нет

7. У вас есть эти заболевания? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- | | | |
|--|----|-----|
| – Инфекционные заболевания (напр. СПИД, Туберкулез, Желтуха)?
<i>Infektionskrankheiten?</i> | Да | Нет |
| – Печень ? <i>Lebererkrankungen?</i> | Да | Нет |
| – Сердечные (Инфаркт, Стенокардия)? <i>Herzerkrankungen?</i> | Да | Нет |
| – высокое давление ? <i>Zu hoher Blutdruck?</i> | Да | Нет |
| – низкое давление ? <i>Zu niedriger Blutdruck?</i> | Да | Нет |
| – Инсульт ? <i>Schlaganfall?</i> | Да | Нет |
| – заболевание почек ? <i>Nierenerkrankungen?</i> | Да | Нет |
| – диабет ? <i>Diabetes?</i> | Да | Нет |
| – щитовидная железа ? <i>Schilddrüsenerkrankungen?</i> | Да | Нет |
| – болезни крови или плохое свёртывание крови
<i>Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?</i> | Да | Нет |
| – нервные заболевания <i>Nervenerkrankungen?</i> | Да | Нет |
8. Была ли у вас в прошлом году операция?
Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?
Если да, какая часть тела ? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*
9. У вас есть нарушения площади лица?
Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?
10. Хорошо ли вы переносите уколы у зубного врача?
Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?
11. Было ли у вас повторное кровотечение после снятия зубного камня ?
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?
12. *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?*
13. Когда у вас был в последний раз рентген? *Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?*
Какая часть тела ? *In welchem Körperbereich?*
- 14. Для Женщин :** *Bei Frauen:*
- Вы беременны ? *Besteht eine Schwangerschaft?* Да Нет
- Если да, на каком месяце ? *Wenn ja, in welchem Monat?*
15. Имя и Адрес вашего лечащего врача: *Name und Anschrift des Hausarztes*
.....

Дата, Город *Ort, Datum*

Роспись *Unterschrift des Patienten*