



Allgemeiner Anamnesebogen - polnisch -

Ogólny formularz medyczny historia - polnisch -

Name: Imię i nazwisko: Vorname: Imię: Geburtsdatum: Data urodzenia:

Adres: Adresse:

Telefon /-komórkowy:

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein Czy ubezpieczenie jest dostępne? Tak, nie

Droga pacjenta, drogi pacjenta,

Wszystkie rodzaje chorób, może mieć wpływ na leczenie. W związku z tym, prosimy o wypełnienie formularza uważnie. Specyfikacje podlegają tajemnicy lekarskiej i używany jest do regulacji kurację zdrowia.

(Proszę zaznaczyć właściwe i wypełnić!)

- 1. Czy regularnie bierzesz jakieś leki? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Tak Nie
2. Weź leki, które krzepnięcia hamowania (np.warfaryny, leku Pradaxa lub Xarelto)? Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? Tak Nie
3. Nie można tolerować niektóre leki? Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Tak Nie
4. Mają tendencję do reakcji alergicznych? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Tak Nie
5. Czy masz Haben Sie eine - Alergia na penicylinę? Penicillinallergie? Tak Nie
6. Czy kiedykolwiek na chorobę serca? Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Tak Nie
7. Cierpi lub cierpiał na następujące choroby? Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? Tak Nie

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Aby obniżyć ciśnienie krwi? Zu niedriger Blutdruck? | Tak | Nie |
| - Stroke? Schlaganfall? | Tak | Nie |
| - Choroba nerek? Nierenerkrankungen? | Tak | Nie |
| - Cukrzyca? Diabetes? | Tak | Nie |
| - Choroby tarczycy? Schilddrüsenerkrankung? | Tak | Nie |
| - Zaburzenia krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi? Blutkrankheiten o. –Gerinnungsstörung? | Tak | Nie |
| - Zaburzenia układu nerwowego? Nervenerkrankungen? | Tak | Nie |
| - Zaburzenia napadowe (padaczka, na przykład)? Anfallsleiden | Tak | Nie |
| 8. Jeśli miał operację w ciągu ostatniego roku? Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? | Tak | Nie |
| Jeśli tak, to w jakim obszarze ciała? Wenn ja, in welchem Körperbereich? | | |
| | | |
| 9. / Czy miał urazy w okolicy szczękowo-twarzowej?
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? | Tak | Nie |
| 10. - ga Czy masz strzykawkę były dobrze tolerowane u dentysty?
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? | Tak | Nie |
| 11. Nastąpiło po usunięciu zęba na krwotok? Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? | Tak | Nie |
| 12. Jeśli wystąpi leczenia stomatologicznego w związku z Przeprowadzono ogólną chorobę? Tak
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? | Tak | Nie |
| 13. Kiedy były prześwietlona ostatni raz? Wann sind sie zum letzten Mal geröntgt worden?
W jakim obszarze ciała? In welchem Körperbereich? | | |
| 14. -ci U kobiet: Bei Frauen:
Czy jesteś w ciąży? Besteht eine Schwangerschaft? | Tak | Nie |
| Jeśli tak, to co miesiąc? Wenn ja, in welchem Monat? | | |
| 15. -sza Nazwa i adres lekarza rodzinnego: Name und Anschrift des Hausarztes
.....
..... | | |

Miejscowość, Data
Ort, Datum

Podpis pacjenta
Unterschrift des Patienten