



Allgemeiner Anamnesebogen – **russisch** -

Общая медицинская Информация

Фамилия:..... Имя..... Дата рождения:.....
 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 свёртывания 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 Medikamenten? Да Нет
 - На медикаменты? Bei bestimmten Arzneimitteln? Да Нет
 - На продукты Питания? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Да Нет
5. У вас есть Haben Sie eine
 - Аллергия на Пенициллин? Penicillinallergie? Да Нет
 - Йод? Jodallergie? Да Нет
 - Латекс? Latexallergie? Да Нет
6. Есть у вас болезни сердца? Да Нет
 Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herzens?
 - Врождённый порок сердца? Angeborener oder erworbener Herzfehler? Да Нет
 - Клапанный / Протез клапана сердца? Herzklappenfehler od. Herzklappenprothese? Да Нет
 - Внутреннее воспаление кожи в сердце? Endokarditis? Да Нет
 - Операция 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, Туберкулёз, Желтуха)? *Infektionskrankheiten?* Да Нет
 - Печень ? *Lebererkrankungen?* Да Нет
 - Сердечные (Инфаркт, Стенокардия)? *Herzkrankungen?* Да Нет
 - высокое давление ? *zu hoher Blutdruck?* Да Нет
 - низкое давление ? *zu niedriger Blutdruck?* Да Нет
 - Инсульт ? *Schlaganfall?* Да Нет
 - заболевание почек ? *Nierenerkrankungen?* Да Нет
 - диабет ? *Diabetes?* Да Нет
 - щитовидная железа ? *Schilddrüsenerkrankung?* Да Нет
 - болезни крови или плохое свёртывание крови *Blutkrankheiten oder Blutungsneigung?* Да Нет
 - нервные заболевания *Nervenerkrankungen?* Да Нет
8. Была ли у вас в прошлом году операция? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* Да Нет
 Если да, В какой части тела ? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*
9. У вас есть травма челюсти или лица? *Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich?* Да Нет
10. Хорошо ли вы переносите уколы у зубного врача? *Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?* Да Нет
11. Было ли у вас повторное кровотечение после Того, как вырвали зуб? *Trat nach einer Zahntfernung eine Nachblutung auf?* Да Нет
12. Проводили ли у вас лечение зубов в связи с общим заболеванием *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Да Нет
13. Когда у вас был в последний раз рентген? *Wann sind Sie das letzte 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*