

Allgemeiner Anamnesebogen – türkisch -

## Genel Anamnez Formu – Türkçe –

Hastanın genel bilgileri

Name

Vorname

Geburtsdatum

Soyadı: ..... Adı: ..... Doğum tarihi: .....

Adres: Adresse: .....

Telefon/Cep telefon numarası Telefon/Handynummer: .....

Ist eine Versicherung vorhanden?

Ja, bei.....

nein

(Sağlık) sigortanız var mı?

Evet, ..... sigortalıyım.

Hayır.....

Sayın hastamız,

çeşitli hastalıklar tedavinizi etkileyebilir. Bu nedenle bu formu özenle doldurunuz. Vereceğiniz bilgiler doktorluk sır tutma mükellefiyeti altında olup, sadece tedavinizi mevcut sağlık durumunuza uygun olarak gerçekleştirmek için kullanılacaktır.

(Lütfen doldurunuz veya duruma göre işaretleyiniz!)

1. Düzenli ilaç kullanıyor musunuz? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* Evet Hayır  
Cevabınız 'Evet' ise, isimlerini yazınız. *Wenn ja, welche?*.....
2. Kanı sulandırıcı ilaçlar kullanıyor musunuz? Evet Hayır  
(Örneğin: Marcumar, Pradaxa veya Xarelto)?  
*Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen? (z.B. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?*  
Cevabınız 'Evet' ise, isimlerini yazınız. *Wenn ja, welche*.....
3. Bünyenizin kaldırmadığı, dokunan ilaçlar var mı? Evet Hayır  
*Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?*  
Cevabınız 'Evet' ise, isimlerini yazınız. *Wenn ja, welche?* .....
4. Alerjik reaksiyonlara yatkınlığınız var mı? *Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?* Evet Hayır  
– belirli malzemelere karşı? *Bei bestimmten Materialien?* Evet Hayır  
– belirli ilaçlara karşı? *Bei bestimmten Arzneimitteln?* Evet Hayır  
– belirli gıdalara karşı? *Bei bestimmten Nahrungsmitteln?* Evet Hayır
5. Aşağıdaki maddelere karşı allerjiniz var mı?  
– Penisilin? *Haben Sie eine Penicillinallergie?* Evet Hayır  
– İyot? *Haben Sie eine Jodallergie?* Evet Hayır  
– Lateks? *Haben Sie eine Latexallergie?* Evet Hayır
6. Geçmişte veya şimdi herhangi bir kalp hastalığından şikayetiniz oldu mu? Evet Hayır  
*Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?*  
– Doğuştan ya da zamanla oluşan bir kalp rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır  
*Angeborener oder erworbener Herzfehler?*  
– Kalp kapağı hastalığınız veya protez kalp kapağınız var mı? Evet Hayır  
*Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?*  
– Endokardit (Kalp iç zarı iltihabı) oldunuz mu? Evet Hayır  
*Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?*  
– Kalp ameliyatları geçirdiniz mi? *Herzoperationen?* Evet Hayır  
– Kalp pili taşıyor musunuz? *Haben Sie einen Herzschrittmacher?* Evet Hayır

7. Aşağıdaki hastalıklardan geçmişte ya da şimdi şikayetçi oldunuz mu? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- Bulaşıcı hastalıklar (Örneğin:Tüberküloz/Verem); Hepatit/Sarılık; AIDS)? *Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?* Evet Hayır
  - Karaciğer hastalıkları? *Lebererkrankungen?* Evet Hayır
  - Kalp hastalıkları (Kalp krizi, anjina pektoris)? *Herzerkrankungen (Herzinfarkt, angina pectoris)?* Evet Hayır
  - Yüksek tansiyon? *Zu hoher Blutdruck?* Evet Hayır
  - Düşük tansiyon? *Zu niedriger Blutdruck?* Evet Hayır
  - Beyin kanaması (İnme)? *Schlaganfall?* Evet Hayır
  - Böbrek hastalıkları? *Nierenerkrankungen?* Evet Hayır
  - Diyabet (Şeker hastalığı)? *Diabetes?* Evet Hayır
  - Tiroid bezi hastalığı (Guatr)? *Schilddrüsenerkrankung?* Evet Hayır
  - Kan hastalıkları veya kanda pıhtılaşma sorunları? *Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?* Evet Hayır
  - Sinir hastalıkları? *Nervenerkrankungen?* Evet Hayır
  - Nöbet (Örneğin: Epilepsi/Sara)? *Anfallsleiden (Z.B. Epilepsie)* Evet Hayır
8. Son bir yıl içinde ameliyat oldunuz mu? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* Evet Hayır  
Cevabınız 'Evet' ise, vücudunuzun hangi bölgesinden ameliyat oldunuz?  
*Wenn ja, in welchem Körperbereich?*  
.....
9. Çene yüz bölgesinde yaralandığınız oldu mu? *Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?* Evet Hayır
10. Diş doktorunun yaptığı iğneyi kaldırabildiniz mi? *Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?* Evet Hayır
11. Dişiniz çekildikten sonra kanamanın devam ettiği bir durum oldu mu? *Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?* Evet Hayır
12. Genel bir rahatsızlığınıza bağlı olarak diş tedavisi gördünüz mü? *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Evet Hayır  
En son ne zaman röntgeniniz çekildi? .....  
*Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*  
Vücudunuzun hangi bölgesinin röntgeni çekildi? .....  
*In welchem Körperbereich?*
13. **Kadınlara özgü:** *Bei Frauen:*  
Gebelik durumunuz var mı? *Besteht eine Schwangerschaft?* Evet Hayır  
Evet ise, kaç aylık hamilesiniz? *Wenn ja, in welchem Monat?* .....
14. Aile doktorunuzun ismi ve adresi: *Name und Anschrift des Hausarztes:*  
.....  
.....

Yer, tarih  
Ort, Datum

Hastanın İmzası  
Unterschrift des Patienten