



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 töltsse ki az adatlapunkat. Az adatokat védi az orvosi titoktartás és kizárólag az ön kezelésének legeredményesebb lefolyásának érdekében használjuk fel.

(Kérjük töltsse ki, illetve x-elje be az önre vonatkozó választ)

- Szed Ön rendszeresen orvosságot? Igen Nem
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?
Ha igen, melyek ezek? *Wenn ja, welche?*
- Szed Ön olyan orvosságot, melyek a véralvadást 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?*
- Rosszul van e Ön bizonyos orvosságotól? Igen Nem
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Ha igen, melyek ezek? *Wenn ja, welche?*
- 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
- Van önnek *Haben Sie eine*
– Penicillin allergiája? *Penicillinallergie?* Igen Nem
– Jód allergiája? *Jodallergie?* Igen Nem
– Latex allergiája? *Latexallergie?* Igen Nem
- Van e illetve volt e önnek szívbetegsége? Van e / Volt e Önnek Igen Nem
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
– Önnel született vagy később kialakult Szívbetegsége? Igen Nem
Angeborener oder erworbener Herzfehler?
– Szívbillentyű zavara vagy szívbillentyű protézise? *Herzklappenfehler o. –Prothese?* Igen Nem
– Endocarditis (Szívnyálkahártya fertőzés)? *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 litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- | | | |
|--|------|-----|
| – Fertőző betegségek (pl: Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? <i>Infektionskrankheiten?</i> | Igen | Nem |
| – Májelégtelenség? <i>Lebererkrankung?</i> | Igen | Nem |
| – Szívbetegségek (Herzinfarkt, Angina pectoris)? <i>Herzerkrankungen?</i> | Igen | Nem |
| – Túl magas vérnyomás? <i>Zu hoher Blutdruck?</i> | Igen | Nem |
| – Túl alacsony vérnyomás? <i>Zu niedriger Blutdruck?</i> | Igen | Nem |
| – Gutaütés? <i>Schlaganfall?</i> | Igen | Nem |
| – Veseelégtelenség? <i>Nierenerkrankungen?</i> | Igen | Nem |
| – Cukorbetegség? <i>Diabetes?</i> | Igen | Nem |
| – Pajzsmirigy megbetegedés? <i>Schilddrüsenkrankung?</i> | Igen | Nem |
| – Vérérzékenység vagy Véralvadászavar? <i>Bluterkrankungen o.-Gerinnungsstörung</i> | Igen | Nem |
| – Idegrendszeri megbetegedés? <i>Nervenerkrankungen?</i> | Igen | Nem |
| – Idegrendszeri roham (pl.: Epilepszia)? <i>Epilepsie?</i> | Igen | Nem |
8. Meg lett e Ön tavaly operálva? *Sind sie im letzten Jahr operiert worden?*
 Ha igen, akkor a test melyik területén? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*

9. Van e ill. volt e sérülése az állkapocs területén?
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich?
10. Lett e Ön valaha rosszul injekciótól fogorvosnál?
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt gut vertragen?
11. Fellépett e utólagos vérzes foghúzás után?
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?
12. Végeztel e el önnél bármilyen fogkezelést bármilyen megbetegedésből kifolyólag? Igen Nem
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?
13. Mikor lett Ön utóljára megröntgenezve? *Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*
 A test melyik területén? *In welchem Körperbereich?*
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. Házi orvosának neve és címe: *Name und Anschrift des Hausarztes:*

Hely, Dátum
Ort, Datum

Páciens aláírása
Unterschrift des Patienten