



Allgemeiner Anamnesebogen - **portugiesisch** -

**Formulário Geral para Anamnese**

Name Vorname Geburtsdatum  
 Sobrenome:..... Nome: ..... data de nascimento .....

Endereço: *Adresse*:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein  
 Titular de seguro? Sim, possuo o seguro ..... Não: .....

Prezado(a) Paciente,

É importante ressaltar que a existência de doenças existentes (ou pré-existentes) pode comprometer o resultado final do seu tratamento. Sendo assim, a fim de evitar qualquer prejuízo ao seu tratamento, solicitamos o preenchimento do formulário abaixo com a devida atenção. As informações abaixo serão tratadas como confidenciais, e serão utilizadas, somente, para adequar o tratamento ao seu estado de saúde.

**Marque um “X” na resposta correta, e quando necessário, complemente as perguntas abaixo:**

1. Faz uso de medicamentos regularmente? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* Sim      Não  
 Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?* .....
  
2. Faz uso de algum medicamento que possa alterar a coagulação sanguínea, Sim      Não  
 tal como Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?  
 Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?* .....
  
3. Apresenta intolerância a algum medicamento? Sim      Não  
*Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?*  
 Caso afirmativo, qual(ais)? *Wenn ja, welche?*.....
  
4. Apresenta reações alérgicas a quaisquer: *Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?* Sim      Não
  - Materiais? *Bei bestimmten Materialien?* Sim      Não
  - Medicamentos? *Bei bestimmten Arzneimitteln?* Sim      Não
  - Alimentos? *Bei bestimmten Nahrungsmitteln?* Sim      Não
  
5. Apresenta reações alérgicas aos seguintes itens: *Haben Sie eine*
  - Penicilina? *Penicillinallergie?* Sim      Não
  - Iodo? *Jodallergie?* Sim      Não
  - Latex? *Latexallergie?* Sim      Não
  
6. É (ou foi) portador de alguma doença cardíaca? *Haben / hatten Sie eine des Herzens?* Sim      Não
  - De nascença ou adquirida posteriormente? *Angeborener oder erworbener Herzfehler?* Sim      Não
  - Possui problemas ou próteses nas válvulas cardíacas? Sim      Não  
*Herzklappenfehler / Herzklappenprothese?*
  - Endocardite (infecção na membrana que envolve as válvulas)? Sim      Não  
*Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?*

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - Operações cardíacas? Herzoperationen?   | Sim | Não |
| - É portador de marcapasso? Haben Sie einen Herzschrittmacher?  | Sim | Não |
| 7. Sofre ou sofreu de algumas das doenças abaixo listadas? Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?   |     |     |
| - Doenças infecciosas (ex.: Tuberculose, Hepatite, Aids)? Infektionskrankheiten   | Sim | Não |
| - Doenças hepáticas? Lebererkrankungen?   | Sim | Não |
| - Doenças cardíacas (infarto, angina)? Herzerkrankungen   | Sim | Não |
| - Pressão alta? Zu hoher Blutdruck?   | Sim | Não |
| - Pressão baixa? Zu niedriger Blutdruck?  | Sim | Não |
| - Derrame? Schlaganfall?  | Sim | Não |
| - Doenças renais? Nierenerkrankungen?   | Sim | Não |
| - Diabetes? Diabetes?   | Sim | Não |
| - Tireoide? Schilddrüsenerkrankung?   | Sim | Não |
| - Doenças e/ou problemas com coagulação sanguínea? Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?  | Sim | Não |
| - Doenças neurológicas? Nervenerkrankungen?   | Sim | Não |
| - Crises neurológicas (ex. epilepsia)? Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?  | Sim | Não |
| 8. Realizou algum procedimento cirúrgico no último ano? Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?<br>Caso afirmativo, qual(ais)? Wenn ja, in welchem Körperbereich?                               |     |     |
| .....   | Sim | Não |
| 9. Sofre (ou sofreu) algum tipo de trauma na mandíbula e/ou rosto?<br>Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?  |     |     |
| 10. Aceita sem problemas as anestésias aplicadas por dentistas?<br>Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?  | Sim | Não |
| 11. Já sofreu hemorragia após uma extração dentária?<br>Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?  |     |     |
| 12. Já realizou algum tratamento dentário em decorrência de um problema geral de saúde?<br>Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?       | Sim | Não |
| 13. Quando foi a última vez que foi submetido(a) a um exame de raio – x<br>Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?<br>Em qual parte do corpo? In welchem Körperbereich? .....               |     |     |
| 14. Somente pacientes mulheres: Bei Frauen:<br>Está grávida nesse momento? Besteht eine Schwangerschaft? Sim Não<br>Caso afirmativo, em qual mês de gestação ?<br>Wenn ja, in welchem Monat?..... |     |     |
| 15. Nome e endereço do seu médico responsável? Name und Anschrift des Hausarztes:.....<br>.....   |     |     |

Local, Data Ort, Datum

Assinatura do Paciente Unterschrift des Patienten