



Allgemeiner Anamnesebogen – **russisch** -

**Общие медицинские ведомости**

Фамилие:..... Имя..... date of birth:.....  
 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 свёртывание 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 Питание? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Да Нет
5. У вас есть Haben Sie eine
  - Аллергия на Ренициллин? 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
  - Внутриннее восполнение кожи в сердце? Endokarditis? Да Нет
  - Операции на сердце ? Herzoperationen? Да Нет
  - Кардиостимулятор ? Haben Sie einen Herzschrittmacher? Да Нет

7. У вас ест 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, какое часть тела ? *Wenn ja, in welchem Körperbereich? .....*
9. У вас есть нарушения площади 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 снятие зубного камня ? *Trat nach einer Zahntfernung eine Nachblutung auf?* Да Нет
12. *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Да Нет
13. Когда у вас был в последний раз рентгет? *Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*  
 Какое 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*