



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)? Infektionskrankheiten? | Igen | Nem |
| – Májelégtelenség? Lebererkrankung? | Igen | Nem |
| – Szívbetegségek (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Herzerkrankungen? | Igen | Nem |
| – Túl magas vérnyomás? Zu hoher Blutdruck? | Igen | Nem |
| – Túl alacsony vérnyomás? Zu niedriger Blutdruck? | Igen | Nem |
| – Gutaütés? Schlaganfall? | Igen | Nem |
| – Veseelégtelenség? Nierenerkrankungen? | Igen | Nem |
| – Cukorbetegség? Diabetes? | Igen | Nem |
| – Pajzsmirigy megbetegedés? Schilddrüsenerkrankung? | Igen | Nem |
| – Vérérzékenység vagy Véralvadászavar? Bluterkrankungen o.-Gerinnungsstörung | Igen | Nem |
| – Idegrendszeri megbetegedés? Nervenerkrankungen? | Igen | Nem |
| – Idegrendszeri roham (pl.: Epilepszia)? Epilepsie? | 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? Igen Nem
10. Lett e Ön valaha rosszul injekciótól fogorvosnál?
 Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt gut vertragen? Igen Nem
11. Fellépett e utólagos vérzes foghúzás után?
 Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Igen Nem
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