



Allgemeiner Anamnesebogen - **polnisch** -

Ogólny formularz medyczny historia - polnisch -

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Imię i nazwisko: Imię: Data urodzenia:

Adres: Adresse:.....

Telefon /-komórkowy:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
Czy ubezpieczenie jest dostępne? Tak, nie

Droga pacjenta, drogi pacjenta,

Wszystkie rodzaje chorób, może mieć wpływ na leczenie. W związku z tym, prosimy o wypełnienie formularza uważnie. Specyfikacje podlegają tajemnicy lekarskiej i używany jest do regulacji kuracji zdrowia.

(Proszę zaznaczyć właściwe i wypełnić!)

- | | | | |
|----|---|--|--|
| 1. | Czy regularnie bierzesz jakieś leki? <i>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</i>
Jeśli tak, to jakie? <i>Wenn ja, welche?</i> | Tak | Nie |
| 2. | Weź leki, które krzepnięcia hamowania (np. warfaryny, leku Pradaxa lub Xarelto)?
<i>Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?</i>
Jeśli tak, to jakie?..... | Tak | Nie |
| 3. | Nie można tolerować niektóre leki? <i>Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?</i>
Jeśli tak, to jakie? <i>Wenn ja, welche?</i> | Tak | Nie |
| 4. | Mają tendencję do reakcji alergicznych? <i>Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?</i>
- Dla niektórych materiałów? <i>Bei bestimmten Materialien</i>
- W przypadku niektórych leków? <i>Bei bestimmten Arzneimitteln?</i>
- Z niektórych pokarmów? <i>Bei bestimmten Nahrungsmitteln?</i> | Tak
Tak
Tak
Tak | Nie
Nie
Nie
Nie |
| 5. | Czy masz <i>Haben Sie eine</i>
- Alergia na penicylinę? <i>Penicillinallergie?</i>
- Alergia na jod? <i>Jodallergie?</i>
- Uczulenia na lateks? <i>Latexallergie?</i> | Tak
Tak
Tak | Nie
Nie
Nie |
| 6. | Czy kiedykolwiek na chorobę serca? <i>Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?</i>
- Wrodzone lub nabyte wady serca? <i>Angeborener o. erworbener Herzfehler?</i>
- Choroby zastawek serca lub protezy zastawki serca? <i>Herzklappenfehler o. -Prothese?</i>
- Zapalenie wsierdzia (zapalenie wsierdzia)? <i>Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?</i>
- Serce operacji? <i>Herzoperationen?</i>
- Czy masz wszczepiony rozrusznik serca? <i>Haben Sie einen Herzschrittmacher?</i> | Tak
Tak
Tak
Tak
Tak
Tak | Nie
Nie
Nie
Nie
Nie
Nie |

7. Cierpi lub cierpiał na następujące choroby? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- Choroby zakaźne (np. gruźlica, zapalenie wątroby, AIDS)? *Infektionskrankheiten?* Tak Nie
 - Choroby wątroby? *Lebererkrankungen?* Tak Nie
 - Choroby serca (atak serca angina)? *Herzkrankungen?* Tak Nie
 - Wysokie ciśnienie krwi? *Zu hoher Blutdruck?* Tak Nie
 - Aby obniżyć ciśnienie krwi? *Zu niedriger Blutdruck?* Tak Nie
 - Stroke? *Schlaganfall?* Tak Nie
 - Choroba nerek? *Nierenerkrankungen?* Tak Nie
 - Cukrzyca? *Diabetes?* Tak Nie
 - Choroby tarczycy? *Schilddrüsenerkrankung?* Tak Nie
 - Zaburzenia krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi? *Blutkrankheiten o. –Gerinnungsstörung?* Tak Nie
 - Zaburzenia układu nerwowego? *Nervenerkrankungen?* Tak Nie
 - Zaburzenia napadowe (padaczka, na przykład)? *Anfallsleiden* Tak Nie
8. Jeśli miał operację w ciągu ostatniego roku? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* Tak Nie
 Jeśli tak, to w jakim obszarze ciała? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*
9. / Czy miał urazy w okolicy szczękowo-twarzowej? *Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?* Tak Nie
10. - ga Czy masz strzykawkę były dobrze tolerowane u dentysty? *Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?* Tak Nie
11. Nastąpiło po usunięciu zęba na krwotok? *Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?* Tak Nie
12. Jeśli wystąpi leczenia stomatologicznego w związku z Przeprowadzono ogólną chorobę? *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Tak Nie
13. Kiedy były prześwietlona ostatni raz? *Wann sind sie zum letzten Mal geröntgt worden?*
 W jakim obszarze ciała? *In welchem Körperbereich?*
14. **-ci U kobiet:** *Bei Frauen:*
 Czy jesteś w ciąży? *Besteht eine Schwangerschaft?* Tak Nie
 Jeśli tak, to co miesiąc? *Wenn ja, in welchem Monat?*
15. -sza Nazwa i adres lekarza rodzinnego: *Name und Anschrift des Hausarztes*

Miejscowość, Data
 Ort, Datum

Podpis pacjenta
 Unterschrift des Patienten