

Anamnese-/Patientenbogen **Russisch**

Familienname/Фамилия: _____

Vorname/Имя: _____

Geburtsdatum/Год рождения: _____

Staatsangehörigkeit/Национальность: _____

Geburtsland und -ort/Страна и город рождения : _____

Sprachkenntnisse/Знание Языков: _____

Bei Minderjährigen/Несовершеннолетние:

Familienname Vater/Фамилия отца: _____

Vorname Vater/Имя отца: _____

Geburtsdatum Vater/Дата рождения отца: _____

Staatsangehörigkeit/Национальность: _____

Geburtsland und –ort Vater/Страна и город рождения отца: _____

Familienname Mutter/Фамилия матери: _____

Vorname Mutter/Имя матери: _____

Geburtsdatum Mutter/Дата рождения матери: _____

Staatsangehörigkeit/Национальность: _____

Geburtsland und –ort Mutter/Страна и город рождения матери: _____

Telefon/Телефон: _____

Straße/Улица: _____

PLZ/Почтовый индекс: _____ Wohnort/Место жительства: _____

Hat oder hatte der Patient/Пациент имеет или имел:

Allergien/Аллергические реакции на : _____

Diabetes/Диабет: ja/да ___ nein/нет: ___ Schilddrüsenerkrankung/Заболевание щитовидной
железы: ja/да: ___ nein/нет: ___

Infektionskrankheiten/У вас есть инфекционные заболевания: ja/да: _____ nein/нет: _____

Blutgerinnungsstörungen/Нарушения свертывания крови: ja/да: _____ nein/нет: _____

Herz- oder Kreislaufkrankungen/Сердечно-сосудистые заболевания: ja/да: ___ nein/нет: ___

Nierenerkrankungen/Заболевания почек: ja/да: _____ nein/нет: _____

Asthma/Астма: ja/да: _____ nein/нет: ___ Schlaganfall/Инсульт: ja/да: _____ nein/нет: _____

Tumor, Krebs/Опухоль, рак: ja/да: _____ nein/нет: _____

Anfallsleiden/Эпилепсия: Ja/да: ___ nein/нет: ___

Besteht eine Schwangerschaft/Беременны вы: ja/да: ___ nein/нет: ___

Magen-/Darmerkrankung/Болезнь Желудка/Кишечника: ja/да: _____ nein/нет: _____

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/Есть ли у вас какие-либо другие
заболевания?: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/Вы принимаете какие-либо лекарства
регулярно (какие?): _____

Fragen an den Patienten / - Вопросы пациенту:

Wo haben Sie Schmerzen? / Где вы чувствуете боль?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? / Сколько дней у вас есть боль?

Wann haben die Schmerzen begonnen? / Когда началось это боль?

Wie stark sind Ihre Schmerzen (Skala 1 – 10)? / Насколько сильны ваша боль? (шкала 1 - 10)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? / Какие лекарства вы регулярно принимать?

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bereits festgestellt worden? / Какие заболевания уже были найдены на вас?

Der Zahn muss gezogen/entfernt werden. / Зуб необходимо удалить.

Der Zahn benötigt eine Füllung. / Зуб необходимо пломбу.

Der Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung. / Зуб нуждается в лечении корневых каналов.

Ich brauche eine Röntgenaufnahme. / Мне нужен рентген.

Sie bekommen eine Betäubungsspritze für den Zahn. / Вы получите анестетик для зуба.

Sind Sie mit der Entfernung des Zahns einverstanden? / Согласны ли вы с удалением зуба?