

Anamnese-/Patientenbogen **Ungarisch**

Familienname/ **Vezetéknév:** _____

Vorname/ **Keresztnév:** _____

Geburtsdatum/ **Születési idő:** _____

Staatsangehörigkeit/ **Állampolgárság:** _____

Geburtsland und -ort/ **Születési ország és város:** _____

Sprachkenntnisse/ **Beszélt nyelvek:** _____

Bei Minderjährigen/ Kiskorú személy esetén:

Familienname Vater/ **Apja vezetékeve:** _____

Vorname Vater/ **Apja keresztnéve:** _____

Geburtsdatum Vater/ **Apja születési ideje:** _____

Staatsangehörigkeit/ **Állampolgársága:** _____

Geburtsland und -ort Vater/ **Apja születési helye (ország, város):** _____

Familienname Mutter/ **Anyja vezetékeve:** _____

Vorname Mutter/ **Anyja keresztnéve:** _____

Geburtsdatum Mutter/ **Anyja születési ideje:** _____

Staatsangehörigkeit/ **Állampolgársága:** _____

Geburtsland und -ort Mutter/ **Anyja születési helye (ország, város):** _____

Telefon/ **Telefonszám:** _____ Straße/ **Út, utca:** _____

PLZ/ **Irányítószám:** _____ Wohnort/ **Város:** _____

Hat oder hatte der Patient/ **Van vagy volt-e a betegnek:**

Allergien/ **Allergia (ha igen akkor milyen) :** _____

Diabetes/ **Diabétesz:** ja/igen ___ nein/nem: ___ Schilddrüsenerkrankung/ **Pajzsmirigy betegség:** ja/igen: ___ nein/nem: ___

Infektionskrankheiten/ **Fertőző betegség (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis...):** ja/igen: _____ nein/nem: ___

Blutgerinnungsstörungen/ **Véralvadási rendellenesség:** ja/igen: _____
nein/nem: _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen/ **Szív-és érrendszeri betegség:** ja/igen: _____ nein/nem: ___

Nierenerkrankungen/ **Vesebetegség:** ja/igen: _____ nein/nem: ___

Asthma/ **Asztma:** ja/igen: _____ nein/nem: ___ Schlaganfall/ **Sztrók:** ja/igen: _____ nein/nem: ___

Tumor, Krebs/ **Tumor, rák:** ja/igen: _____ nein/nem: ___

Anfallsleiden/ **Epilepszia:** Ja/igen: ___ nein/nem: ___ Besteht eine Schwangerschaft/ **Terhesség :** ja/igen: ___
nein/nem: ___

Magen-/Darmerkrankung/ **Gyomor és bélrendszeri megbetegedés:** ja/igen: _____
nein/nem: ___

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/ **Van bármilyen más betegsége?:** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/ **Szed valamilyen gyógyszer rendszeresen (ha igen melyet?):**

Fragen an den Patienten:

Wo haben Sie Schmerzen? **Hol érez fájdalmat?**

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? **Hány napja érzi ezt a fájdalmat?**

Wann haben die Schmerzen begonnen? **Mikor kezdődtek a fájdalmak?**

Wie stark sind Ihre Schmerzen (Skala 1 – 10)? **Milyen rossz a fájdalom (1= nagyon enyhe – 10=a legrosszabb amit el tudok képzelni.)**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? **Milyen gyógyszert szed rendszeresen?**

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bereits festgestellt worden? **Szenved valamilyen betegségben?**

Der Zahn muss gezogen/entfernt werden. **A fogat el kell távolítani.**

Der Zahn benötigt eine Füllung. **A fogat tölteni kell.**

Der Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung. **A fogat gyökérkezelní kell.**

Ich brauche eine Röntgenaufnahme. **Szükségem van fogröntgenre.**

Sie bekommen eine Betäubungsspritze für den Zahn. **Fog kapni egy helyi érzéstelenítı injekciót a fogához.**

Sind Sie mit der Entfernung des Zahns einverstanden? **Beleegyezik a fog eltávolításába?**