

Анкета пацієнта (Anamnesebogen)

Allgemeine Angaben

Прізвище: (Familienname)

Ім'я: (Vorname)

Дата народження: (Geb.datum)

Громадянство (Staatsang.)

Тільки для неповнолітніх законний

опікун (Nur bei Minderjährigen

Erziehungsberechtigten):

Прізвище: (Familienname)

Ім'я: (Vorname)

Дата народження: (Geb.datum)

Громадянство (Staatsang.)

Контактні дані (Kontaktdaten):

Номер телефону/мобільного телефону (Tel.)

Поточна адреса (вулиця/№ будинку/місто): (Anschrift)

Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров'я! Інформація захищена лікарською таємницею та положеннями про захист даних і буде оброблятися суворо конфіденційно. (Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.)

Allgemeine Situation

Ukrainisch	Deutsch	Так (Ja)	Hi (Nein)
Серцево-судинні захворювання	Herz-/ Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Порушення згортання крові	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Судомні розлади (епілепсія)	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Астма/за захворювання легенів	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Припадки непритомності	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цукровий діабет	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За захворювання печінки/гепатит	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хвороби нирок	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ревматизм/артрит	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
За захворювання щитовидної залози	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Туберкульоз	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВІЛ-інфекція/стадія СНІД	HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інфекц. захворювання (напр. MRSA)	Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наркозалежність	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Курець	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ви вагітні?	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn		
Якщо так, на якому місяці?	ja, in welchem Monat?Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....місяць			

Інші захворювання (Sonstige Erkrankungen) ТАК (ja) НІ (nein)

.....
.....

Алергії або непереносимість: (Allergien bzw. Unverträglichkeiten)

Місцева анестезія/ін'єкції	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Антибіотики	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Знеболювальні	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше	Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Вам вже робили рентген зубів? (Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?) ТАК НІ

Якщо так, то коли? (Wenn ja, wann?).....

Ви маєте проблеми з жуванням через відсутність зубів? ТАК НІ
Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

Ви вже відвідували лікаря загальної практики? ТАК НІ
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

Якщо так, то якого лікаря?
Wenn ja, bei welchem Arzt?

Які ліки ви приймаєте регулярно чи зараз?
(Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?)

..... ПОЧИНАЮЧИ З (seit)

..... ПОЧИНАЮЧИ З (seit).....

..... ПОЧИНАЮЧИ З (seit).....

....., дата: (Datum)..... Підпис (Unterschrift).....