

# praxisgemeinschaft ambulante anästhesie

manfred schlechtriem | oliver asbach | michael rupprecht | elmar stein

am waldschlößchen 3 | 44795 bochum | fon 0172 9365202 | fax 0234 95294946  
www.praxisgemeinschaft-anaesthesie.de

Allgemeiner Anamnesebogen: **RUSSISCH**

## Общие медицинские ведомости

Фамилие:..... Имя..... date of birth:.....

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse: .....

Telefon: .....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei

nein

Есть у Вас страховка \_ **Да, где**.....

**НЕТ** .....

Уважаемый/ая Пациент,

**болезни всех видов могут иметь последствия для их лечения. Пожалуйста, заполните эту Анкету тщательно. Раскрытие информации при условии сохранения врачебной тайны используется исключительно для лечения вашего здоровья.**

**Пожалуйста заполните анкету!**

1. Принимаете ли Вы медикаменты **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Да Нет  
Если да, какие? **Wenn ja, welche?** .....

2. Принимаете Вы медикаменты от свёртывание крови? Да Нет  
**Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, Xarelto, Pradaxa)?**  
если да, какие? **Wenn ja, welche?** .....

3. Какие медикаменты вы не переносите? **Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?** Да Нет  
Если да, какие? **Wenn ja, welche?** .....

4. У вас есть аллергия? **Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?** Да Нет  
- На некоторые материалы ? **Bei bestimmten Materialien?** Да Нет  
- На медикаменты? **Bei bestimmten Arzneimitteln?** Да Нет  
- На Питание? **Bei bestimmten Nahrungsmitteln?** Да Нет

5. У вас есть **Haben Sie eine**  
- Аллергия на Ренициллин? **Penicillinallergie?** Да Нет  
- Йод? **Jodallergie?** Да Нет  
- Латекс? **Latexallergie?** Да Нет

6. Есть у вас болезни сердца? Да Нет

**Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?**

- Врождённый порок сердца? **Angeborener o. erworbener Herzfehler?** Да Нет  
- Клапанный / Протез клапана сердца? **Herzklappenfehler o. -prothese?** Да Нет  
- Внутриннее воспление кожи в сердце? **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?** Да Нет  
- Операции на сердце ? **Herzoperationen?** Да Нет  
- Кардиостимулятор ? **Haben Sie einen Herzschrittmacher?** Да Нет

7. У вас ест эти заболевания? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- |                                                                                                    |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| – Инфекционные заболевания (напр. СПИД, Туберкулёз, Желтуха)?<br><i>Infektionskrankheiten?</i>     | Да | Нет |
| – Печень ? <i>Lebererkrankungen?</i>                                                               | Да | Нет |
| – Сердечные (Инфаркт, Стенокардия)? <i>Herzerkrankungen?</i>                                       | Да | Нет |
| – высокое давление ? <i>Zu hoher Blutdruck?</i>                                                    | Да | Нет |
| – низкое давление ? <i>Zu niedriger Blutdruck?</i>                                                 | Да | Нет |
| – Инсульт ? <i>Schlaganfall?</i>                                                                   | Да | Нет |
| – заболевание почек ? <i>Nierenerkrankungen?</i>                                                   | Да | Нет |
| – диабет ? <i>Diabetes?</i>                                                                        | Да | Нет |
| – щитовидная железа ? <i>Schilddrüsenerkrankungen?</i>                                             | Да | Нет |
| – болезни крови или плохое свёртывание крови<br><i>Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?</i> | Да | Нет |
| – нервные заболевания <i>Nervenerkrankungen?</i>                                                   | Да | Нет |
8. Была ли у вас в прошлом году операция?  
*Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?*  
Если да, какое часть тела ? *Wenn ja, in welchem Körperbereich? .....*
9. У вас есть нарушения площади лица?  
*Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?*
10. Хорошо ли вы переносите уколы у зубного врача?  
*Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?*
11. Было ли у вас повторное кровотечение после снятие зубного камня ?  
*Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?*
12. *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?*
13. Когда у вас был в последний раз рентгет? *Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?*  
Какое часть тела ? *In welchem Körperbereich? .....*
- 14. Для Женщин :** *Bei Frauen:*
- Вы беременны ? *Besteht eine Schwangerschaft?* Да Нет
- Если да, на каком месяце ? *Wenn ja, in welchem Monat? .....*
15. Имя и Адрес вашего лечащего врача: *Name und Anschrift des Hausarztes*  
.....

Дата, Город *Ort, Datum*

Роспись *Unterschrift des Patienten*