

# 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: **POLNISCH**

## Ogólny formularz medyczny historia - polnisch -

Name: Imię i nazwisko: ..... Vorname: Imię: ..... Geburtsdatum: 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 kurację zdrowia.

### (Proszę zaznaczyć właściwe i wypełnić!)

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

7. Cierpi lub cierpiał na następujące choroby? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - Choroby zakaźne (np. gruźlica, zapalenie wątroby, AIDS)? <i>Infektionskrankheiten?</i>                | Tak | Nie |
| - Choroby wątroby? <i>Lebererkrankungen?</i>  | Tak | Nie |
| - Choroby serca (atak serca angina)? <i>Herzerkrankungen?</i>   | Tak | Nie |
| - Wysokie ciśnienie krwi? <i>Zu hoher Blutdruck?</i>  | Tak | Nie |
| - Aby obniżyć ciśnienie krwi? <i>Zu niedriger Blutdruck?</i>  | Tak | Nie |
| - Stroke? <i>Schlaganfall?</i>  | Tak | Nie |
| - Choroba nerek? <i>Nierenerkrankungen?</i>   | Tak | Nie |
| - Cukrzyca? <i>Diabetes?</i>  | Tak | Nie |
| - Choroby tarczycy? <i>Schilddrüsenerkrankungen?</i>  | Tak | Nie |
| - Zaburzenia krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi? <i>Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?</i> | Tak | Nie |
| - Zaburzenia układu nerwowego? <i>Nervenerkrankungen?</i>   | Tak | Nie |
| - Zaburzenia napadowe (padaczka, na przykład)? <i>Anfallsleiden?</i>                                    | 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. - ąa Czy masz strzykawkę były dobrze tolerowane u dentysty? *Haben Sie die Spritzen 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*  
 .....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 Miejsowość, Data  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Podpis pacjenta  
 Unterschrift des Patienten