

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: ARABISCH

- اللغة العربية - استمارة الحالة المرضية العامة

Name: Vorname: Geburtsdatum:
اسم العائلة: الاسم الأول: تاريخ الميلاد:

Adresse: العنوان:

Telefon /- رقم الهاتف:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
هل عندك تأمين صحي؟ نعم, عند لا

السيدة المريضة, السيد المريض,

كافة أنواع الأمراض يمكن أن يكون لها تأثير على علاجك, لذلك يرجى ملاً هذه الاستمارة باهتمام و عناية بالغة .
يتم التعامل مع هذه المعلومات بسرية طبية تامة و يتم استخدامها فقط في سبيل ملائمة طريقة العلاج مع حالتك الصحية.

(الرجاء ملاً الاستمارة أو وضع إشارة في المكان المناسب)

- | | | | |
|----|---|-----|----|
| 1. | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
هل تأخذ أدوية بشكل منتظم
Wenn ja, welche?
في حال نعم, ما هي الأدوية | نعم | لا |
| 2. | Pradaxa, Marcumar (مثل Xarelto) أو هل تأخذ أدوية لمنع تخثر الدم
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?
في حال نعم, ما هي | نعم | لا |
| 3. | Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
هل هناك أدوية لا يمكن لجسمك تقبلها
Wenn ja, welche? | نعم | لا |
| 4. | Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
هل تتعرض لصدمات تحسسية
Bei bestimmten Materialien? عند احتكاكك مع مواد معينة -
Bei bestimmten Arzneimitteln? عند أخذك لأدوية معينة -
Bei bestimmten Nahrungsmitteln? عند تناولك لمواد غذائية معينة - | نعم | لا |
| 5. | Haben Sie eine
Penicillinallergie? حساسية ضد البنسلين -
Jodallergie? حساسية ضد اليود -
Latexallergie? حساسية ضد اللاتكس (نوع من المطاط) - | نعم | لا |
| 6. | Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
هل تعاني أو عانيت من أحد أمراض القلب
Angeborener o. erworbener Herzfehler? عيب في القلب مولود أو مكتسب -
Herzklappenfehler o. -prothese? عيب في الصمامات القلبية أو صمام اصطناعي -
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? التهاب الشفاف (الطبقة الداخلية المبطن للقلب) -
Herzoperationen? عملية قلب -
Haben Sie einen Herzschrittmacher? هل عندك جهاز تنظيم ضربات القلب - | نعم | لا |

7. **Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?**
- **Infektionskrankheiten?** ? أمراض معدية (مثل السل, التهاب الكبد الوبائي أو الإيدز) - نعم لا
- **Lebererkrankungen?** ? أمراض الكبد - نعم لا
- **Herzerkrankungen?** ? أمراض القلب (مثل ذبحة صدرية) - نعم لا
- **Zu hoher Blutdruck?** ? ضغط الدم المرتفع - نعم لا
- **Zu niedriger Blutdruck?** ? ضغط الدم المنخفض - نعم لا
- **Schlaganfall?** ? سكتة دماغية - نعم لا
- **Nierenerkrankungen?** ? أمراض الكلى - نعم لا
- **Diabetes?** ? مرض السكر - نعم لا
- **Schilddrüsenerkrankungen?** ? أمراض الغدة الدرقية - نعم لا
- **Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?** ? أمراض الدم أو مشاكل تخثر الدم - نعم لا
- **Nervenerkrankungen?** ? أمراض عصبية - نعم لا
- **Anfallsleiden?** ? صرع - نعم لا
8. **Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?** ? هل تم إجراء عملية جراحية لك خلال السنة الماضية
Wenn ja, in welchem Körperbereich? ? في حال نعم, في أي منطقة من الجسم تم إجراء هذه العملية

9. **Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?** ? هل تعرضت لإصابة في منطقة الفك أو الوجه
 لا نعم
10. **Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?** ? هل تقبلت حقنة التخدير عند طبيب الأسنان بشكل جيد حتى الآن
 لا نعم
11. **Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?** ? هل عانيت من نزف حاد بعد خلع أحد الأسنان
 لا نعم
12. **Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?** ? هل خضعت لمعالجة سنية بسبب أوجاع عامة في الجسم
 لا نعم
13. **Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?** ? متى تم تصويرك بالأشعة آخر مرة
In welchem Körperbereich? ? في أي منطقة بالجسم

14. **Besteht eine Schwangerschaft?** ? هل أنت حامل
Bei Frauen: عند النساء - نعم لا
Wenn ja, in welchem Monat? ? في حال نعم, في أي شهر

15. **Name und Anschrift des Hausarztes** : اسم و عنوان طبيب الأسرة (طبيب المنزل) -

المكان و التاريخ
 Ort, Datum

توقيع المريض
 Unterschrift des Patienten