



ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN – bulgarisch -

Обща Анамнеза

Презиме: Name:..... Име: Vorname:.....

Адрес Adresse:.....

дата на раждане geb. am

Ist eine Versicherung vorhanden?

Имате ли здравна осигуровка?

Ja, bei.....

Да, към.....

nein

Не.....

Скъпи Пациенти,

Всички видове болести могат да повлияят на Вашето Лечение. Затова Ви молим внимателно да попълните тази бланка. Данните Ви ще бъдат третираны поверително и ще се използват единствено, за да бъде избрана терапия, която да отговаря на здравословното Ви състояние.
(Моля попълнете, съответно маркирайте с кръстче верния отговор)

1. Вземате ли редовно лекарства? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Да Не
Какви? Wenn ja, welche?
2. Вземате ли лекарства, които да предотвратяват съсирването на кръвта? Да Не
(например Marcumar, Pardexa или Xarelto)
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Paradoxa oder Xarelto)?
Какви? Wenn ja, welche?
3. Имате ли непоносимост към определени лекарства? Да Не
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Какви кои? Wenn ja, welche?
4. Склонни ли сте към алергични реакции? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Да Не
– Към определени материали? Bei bestimmten Materialien? Да Не
– Към определени лекарства? Bei bestimmten Arzneimitteln? Да Не
– Към определени хранителни стоки? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Да Не
5. Алергични ли сте към? Haben Sie eine
– Пеницилин? Penicillinallergie? Да Не
– Йод? Jodallergie? Да Не
– Латекс? Latexallergie? Да Не
6. Страдате ли / страдали ли сте от сърдечни заболявания? Да Не
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
– Вроден или придобит дефект на сърцето? Angeborener oder erworbener Herzfehler? Да Не

- Дефектни сърдечни клапи или протези на сърдечните клапи? **Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?** Да Не
- Ендокардит? **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?** Да Не
- Сърдечни операции? **Herzoperationen?** Да Не
- Имате ли кардиостимулатор? **Haben Sie einen Herzschrittmacher?** Да Не
7. Страдате ли / страдали ли сте от една от следните болести? **Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?**
- Инфекциозни болести (например туберкулоза, хепатит, спин)? **Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?** Да Не
- Заболявания на черния дроб? **Lebererkrankungen?** Да Не
- Сърдечни заболявания (инфаркт,.....)? **Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)?** Да Не
- Високо кръвно налягане? **Zu hoher Blutdruck?** Да Не
- Ниско кръвно налягане? **Zu niedriger Blutdruck?** Да Не
- Инсулт? **Schlaganfall?** Да Не
- Бъбречни заболявания? **Nierenerkrankungen?** Да Не
- Диабет? **Diabetes?** Да Не
- Заболявания на щитовидната жлеза? **Schilddrüsenerkrankung?** Да Не
- Заболявания на кръвта или нарушения на кръвосъсирването? **Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?** Да Не
- Нервни заболявания? **Nervenerkrankungen?** Да Не
- Епилепсия? **Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?** Да Не
8. Оперирани ли сте в течение на последната година? **Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?** Да Не
- Коя част на тялото **Wenn ja, in welchem Körperbereich?**
9. Имате ли / имали ли сте наранявания в областта на лицето и челюстта? **Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?** Да Не
10. Добре ли понасяте упойката при зъболекаря? **Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?** Да Не
11. Получавали ли сте кръвотечение след вадене на зъб? **Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?** Да Не
12. Провеждано ли Ви е зъболечение във връзка с общо заболяване? **Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?** Да Не
13. Кога за последен път Ви е била правена рентгенова снимка? На коя част на тялото на тялото? **Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? In welchem Körperbereich?**
14. При жени: **Bei Frauen:**
- Бременна ли сте? **Besteht eine Schwangerschaft?** Да Не
- В кой месец? **Wenn ja, in welchem Monat?**
15. Име и адрес на личния лекар **Name und Anschrift des Hausarztes:**

Дата: **Ort, Datum**

Подпис на пациента

Unterschrift des Patienten