



**Allgemeiner Anamnesebogen - Arabisch -**

- اللغة العربية - استمارة الحالة المرضية العامة

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

العنوان: Adresse:.....

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

7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?  
 - Infektionskrankheiten? (مثل السل, التهاب الكبد الوبائي أو الإيدز) - نعم لا  
 - Lebererkrankungen? (أمراض الكبد) - نعم لا  
 - Herzerkrankungen? (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  
 - Nierenkrankungen? (أمراض الكلى) - نعم لا  
 - Diabetes? (مرض السكر) - نعم لا  
 - Schilddrüsenerkrankung? (أمراض الغدة الدرقية) - نعم لا  
 - Blutkrankheiten o. –Gerinnungsstörung? (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?  
 Wenn ja, in welchem Körperbereich?  
 .....  
 نعم لا
9. هل تعرضت لإصابة في منطقة الفك أو الوجه?  
 Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?  
 نعم لا
10. هل تقبلت حقنة التخدير عند طبيب الأسنان بشكل جيد حتى الآن?  
 Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?  
 نعم لا
11. هل عانيت من نزف حاد بعد خلع أحد الأسنان?  
 Trät nach einer Zahntentfernung eine Nachblutung auf?  
 نعم لا
12. هل خضعت لمعالجة سنية بسبب أوجاع عامة في الجسم?  
 Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?  
 نعم لا
13. متى تم تصويرك بالأشعة آخر مرة?  
 Wann sind sie zum letzten Mal geröntgt worden?  
 In welchem Körperbereich? .....  
 نعم لا
14. Bei Frauen: عند النساء -  
 Besteht eine Schwangerschaft? هل أنت حامل?  
 Wenn ja, in welchem Monat? .....  
 نعم لا
15. Name und Anschrift des Hausarztes: اسم و عنوان طبيب الأسرة ( طبيب المنزل ) -  
 .....  
 .....

المكان و التاريخ  
 Ort, Datum

توقيع المريض  
 Unterschrift des Patienten