



Allgemeiner Anamnesebogen - **portugiesisch** -

Formulário Geral para Anamnese

Name Vorname Geburtsdatum
Sobrenome:..... Nome: Data de nascimento

Endereço: *Adresse*:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
Titular de seguro? Sim, possuo o seguro Não:

Prezado(a) Paciente,

É importante ressaltar que doenças existentes (ou pré-existentes) podem comprometer o resultado final do seu tratamento. Sendo assim, a fim de evitar qualquer prejuízo ao seu tratamento, solicitamos o preenchimento do formulário abaixo com a devida atenção. As informações abaixo serão tratadas como confidenciais, e serão utilizadas, somente, para adequar o tratamento ao seu estado de saúde.

Marque um "X" na resposta correta, e quando necessário, complemente as perguntas abaixo:

1. Faz uso de medicamentos regularmente? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* Sim Não
Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?*

2. Faz uso de algum medicamento que possa alterar a coagulação sanguínea, Sim Não
tal como Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?

Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?*

3. Apresenta intolerância a algum medicamento? Sim Não
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Caso afirmativo, qual(ais)? *Wenn ja, welche?*.....

4. Apresenta reações alérgicas? *Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?* Sim Não
– Determinados Materiais? *Bei bestimmten Materialien?* Sim Não
– Determinados Medicamentos? *Bei bestimmten Arzneimitteln?* Sim Não
– Determinados Alimentos? *Bei bestimmten Nahrungsmitteln?* Sim Não

5. Apresenta reações alérgicas a: *Haben Sie eine*
– Penicilina? *Penicillinallergie?* Sim Não
– Iodo? *Jodallergie?* Sim Não
– Latex? *Latexallergie?* Sim Não

6. É (ou foi) portador de alguma doença cardíaca? *Haben / hatten Sie eine des Herzens?* Sim Não
– De nascença ou adquirida posteriormente? *Angeborener oder erworbener Herzfehler?* Sim Não
– Possui falhas ou próteses nas válvulas cardíacas? Sim Não
Herzklappenfehler / Herzklappenprothese?
– Endocardite (infecção na membrana que envolve as válvulas)? Sim Não
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
– Operações cardíacas? *Herzoperationen?* Sim Não

- É portador de marcapasso? *Haben Sie einen Herzschrittmacher?* Sim Não
7. Sofre ou sofreu de algumas das doenças listadas abaixo? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- Doenças infecciosas (ex.: Tuberculose, Hepatite, Aids)? *Infektionskrankheiten* Sim Não
 - Doenças hepáticas? *Lebererkrankungen?* Sim Não
 - Doenças cardíacas (infarto, angina)? *Herzerkrankungen* Sim Não
 - Pressão alta? *Zu hoher Blutdruck?* Sim Não
 - Pressão baixa? *Zu niedriger Blutdruck?* Sim Não
 - Derrame? *Schlaganfall?* Sim Não
 - Doenças renais? *Nierenerkrankungen?* Sim Não
 - Diabetes? *Diabetes?* Sim Não
 - Tireoide? *Schilddrüsenerkrankung?* Sim Não
 - Doenças e/ou problemas com coagulação sanguínea? *Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?* Sim Não
 - Doenças neurológicas? *Nervenerkrankungen?* Sim Não
 - Crises neurológicas (ex. epilepsia)? *Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?* Sim Não
8. Realizou algum procedimento cirúrgico no último ano? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?*
 Caso afirmativo, em que partes do corpo? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?* Sim Não

9. Sofre (ou sofreu) algum tipo de trauma na mandíbula e/ou rosto? *Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?* Sim Não
10. Tolerava bem as anestésias aplicadas por dentistas? *Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?* Sim Não
11. Já sofreu hemorragia após uma extração dentária? *Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?* Sim Não
12. Já realizou algum tratamento dentário em decorrência de um problema geral de saúde? *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Sim Não
13. Quando foi a última vez que foi submetido(a) a um exame de raio-x
Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
 Em que partes do corpo? *In welchem Körperbereich?*
14. Somente pacientes mulheres: **Bei Frauen:**
 Está grávida neste momento? *Besteht eine Schwangerschaft?* Sim Não
 Caso afirmativo, em qual mês de gestação ?
Wenn ja, in welchem Monat?.....
15. Nome e endereço do seu médico responsável? *Name und Anschrift des Hausarztes:*.....

Local, Data Ort, Datum

Assinatura do Paciente *Unterschrift des Patienten*