



Allgemeiner Anamnesebogen - rumänisch -

## Chestionar medical general

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Numele: ..... Prenumele: ..... Data nașterii: .....

Adresa: Adresse: .....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein  
Aveti o asigurare de sănătate? **Da, la** ..... **nu** .....

Stimată pacientă, stimate pacient,

Boli de orice natură pot avea urmări asupra tratamentului dvs. De aceea vă rugăm să completați chestionarul următor cu atenție. Declarațiile dvs. sunt protejate prin confidențialitatea medic-pacient și vor fi utilizate în exclusivitate pentru a adapta tratamentul stării dvs de sănătate.

### (Vă rugăm să completați sau să marcați corespunzător!)

1. Luați în mod regulat medicamente? Dacă da, care? ..... Da Nu  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
2. Luați medicamente anticoagulante (de exemplu Marcumar, Pradaxa, sau Xarelto)? Da Nu  
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?  
Dacă da, care? ..... Wenn ja, welche
3. Există anumite medicamente pe care nu le suportați? Da Nu  
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  
Dacă da, care? Wenn ja, welche .....
4. Aveți reacții alergice? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Da Nu  
– La anumite materiale? Bei bestimmten Materialien? Da Nu  
– La anumite medicamente? Bei bestimmten Arzneimitteln? Da Nu  
– La anumite alimente? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Da Nu
5. Aveți alergie la: Haben Sie eine  
– Penicilină? Penicillinallergie? Da Nu  
– Jod? Jodallergie? Da Nu  
– Latex? Latexallergie? Da Nu
6. Aveți sau ați avut o boală a inimii? Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Da Nu  
– Insuficiență cardiacă ereditară sau dobândită? Angeborener oder erworbener Herzfehler? Da Nu  
– Valvă cardiacă defectă sau artificială? Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Da Nu  
– Endocardită ( Inflamație a endocardului)? Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Da Nu  
– Operație la inimă? Herzoperationen? Da Nu  
– Purtați un stimulator cardiac – Pacemaker? Haben Sie einen Herzschrittmacher? Da Nu

7. Suferiți sau ați suferit de una din bolile următoare? Da Nu
- Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- Boli infecțioase (de exemplu tuberculoză, hepatită, SIDA)? *Infektionskrankheiten?* Da Nu
  - Boli hepatice/ficat? *Lebererkrankungen?* Da Nu
  - Boli cardiace/ale inimii (infarct, angină pectorală)? *Herzerkrankungen?* Da Nu
  - Hipertensiune (tensiune prea ridicată)? *Zu hoher Blutdruck?* Da Nu
  - Hipotensiune (tensiune prea mică)? *Zu niedriger Blutdruck?* Da Nu
  - Accident vascular? *Schlaganfall?* Da Nu
  - Boli de rinichi? *Nierenerkrankungen?* Da Nu
  - Diabet? *Diabetes?* Da Nu
  - Boli ale glandei tiroide? *Schilddrüsenerkrankung?* Da Nu
  - Boli ale sângelui sau de coagulare? *Blutkrankh. o. .-Gerinnungsstörungen?* Da Nu
  - Boli nervoase? *Nervenerkrankungen?* Da Nu
  - Atacuri (de exemplu epilepsie) ? *Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?* Da Nu
8. Ați fost operat în ultimul an ?*Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* Da Nu  
 Dacă da, la care organ sau parte a corpului? *Wenn ja, in welchem Körperbereich .....*
9. Aveți sau ați avut traume în zona maxilo-facială( față, mandibulă, maxilă) ? *Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer – Gesichtsbereich ?* Da Nu
10. Ați suportat bine injecțiile la dentist până acum? *Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut getragen?* Da Nu
11. Ați avut hemoragie după o extracție dentară? *Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?* Da Nu
12. Ați avut un tratament dentar în legătură cu o boală generală/sistemică? *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Da Nu
13. Când vi s-a făcut ultima radiografie? *Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*  
 La care parte a corpului? *In welchem Körperbereich? .....*
14. **La femei:** *Bei Frauen:*  
 Sunteți gravidă? *Besteht eine Schwangerschaft?* Da Nu  
 Dacă da, în care lună? *Wenn ja, in welchem Monat? .....*
15. Numele și adresa medicului de casă: *Name und Anschrift des Hausarztes*  
 .....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 Locul, Data  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Semnătura pacientului  
 Unterschrift des Patienten