



Allgemeiner Anamnesebogen – ungarisch -

ÁLTALÁNOS KÖRTÖRTÉNETI ADATLAP

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Családnév:..... Keresztnév:..... születési idő:.....

Cím: Adresse:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei ..... Nein .....  
Van érvényes (beteg)biztosítása? Igen, .....-nál/nél Nem.....

Tisztelt Páciens,

Különböző betegségek, különböző mellékhatásokat illetve következményeket okozhatnak a kezelésének folyamán. Kérjük FIGYELMESEN és GONDOSAN töltsse ki az atatlapunkat. Az adatokat védi az orvosi titoktartás és kizárólag az ön kezelésének legeredményesebb lefolyásának érdekében használjuk fel.

**(Kérjük töltsse ki, illetve x-elje be az önre vonatkozó választ)**

- |  |                              |                          |
|--|------------------------------|--------------------------|
| 1. Szed Ön rendszeresen orvosságot?<br><i>Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?</i><br>Ha igen, melyek ezek? <i>Wenn ja, welche?</i> .....  | Igen                         | Nem                      |
| 2. Szed Ön olyan orvosságot, melyek a véralvadást késleltetik, ill. megakadályozzák (pl: Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?<br><i>Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?</i><br>Ha igen, melyek ezek? <i>Wenn ja, welche?</i> .....                                | Igen                         | Nem                      |
| 3. Rosszul van e Ön bizonyos orvosságoktól?<br><i>Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?</i><br>Ha igen, melyek ezek? <i>Wenn ja, welche?</i> .....  | Igen                         | Nem                      |
| 4. Hajlamos Ön allergiás reakcióra? <i>Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?</i><br>– Bizonyor anyagoknál? <i>Bei bestimmten Materialien?</i><br>– Bizonyos orvosságoknál? <i>Bei bestimmten Arzneimitteln?</i><br>– Bizonyos élelmiszereknél? <i>Bei bestimmten Nahrungsmitteln?</i> | Igen<br>Igen<br>Igen<br>Igen | Nem<br>Nem<br>Nem<br>Nem |
| 5. Van önnek <i>Haben Sie eine</i><br>– Penicillin allergiája? <i>Penicillinallergie?</i><br>– Jód allergiája? <i>Jodallergie?</i><br>– Latex allergiája? <i>Latexallergie?</i>  | Igen<br>Igen<br>Igen         | Nem<br>Nem<br>Nem        |
| 6. Van e illetve volt e önnek szívbetegsége? Van e / Volt e Önnek<br><i>Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?</i><br>– Önnel született vagy később kialakult Szívbetegsége?<br><i>Angeborener oder erworbener Herzfehler?</i>   | Igen                         | Nem<br>Nem               |

- |  |      |     |
|--|------|-----|
| – Szívbillentyű zavara vagy szívbillentyű protézise? Herzklappenfehler o. –Prothese? | Igen | Nem |
| – Endocarditis (Szívnyálkahártya fertőzés)? Endokarditis (Herzinnenhautentzündung?)  | Igen | Nem |
| – Szívoperációja? Herzoperationen?   | Igen | Nem |
| – Önnek Szívritmusszabályzója? Haben Sie einen Herzschrittmacher?                    | Igen | Nem |
7. Szenved vagy szenvedett e a következő betegségekben?  
Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- |   |      |     |
|---|------|-----|
| – Fertőző betegségek (pl: Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Infektionskrankheiten? | Igen | Nem |
| – Májelégtelenség? Lebererkrankung?   | Igen | Nem |
| – Szívbetegségek (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Herzerkrankungen?              | Igen | Nem |
| – Túl magas vérnyomás? Zu hoher Blutdruck?                                      | Igen | Nem |
| – Túl alacsony vérnyomás? Zu niedriger Blutdruck?                               | Igen | Nem |
| – Gutaütés? Schlaganfall?   | Igen | Nem |
| – Veseelégtelenség? Nierenerkrankungen?   | Igen | Nem |
| – Cukorbetegség? Diabetes?  | Igen | Nem |
| – Pajzsmirigy megbetegedés? Schilddrüsenerkrankung?                             | Igen | Nem |
| – Vérérzékenység vagy Véralvadászavar? Bluterkrankungen o.-Gerinnungsstörung    | Igen | Nem |
| – Idegrendszeri megbetegedés? Nervenerkrankungen?                               | Igen | Nem |
| – Idegrendszeri roham (pl.: Epilepszia)? Epilepsie?                             | Igen | Nem |
8. Meg lett e Ön tavaly operálva? Sind sie im letzten Jahr operiert worden?  
Ha igen, akkor a test melyik területén? Wenn ja, in welchem Körperbereich?  
.....
9. Van e ill. volt e sérülése az állkapocs területén?  
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich? Igen Nem
10. Lett e Ön valaha rosszul injekciótól fogorvosnál?  
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt gut vertragen? Igen Nem
11. Fellépett e utólagos vérzes foghúzás után?  
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Igen Nem
12. Végeztel e el önnél bármilyen fogkezelést bármilyen megbetegedésből kifolyólag?  
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? Igen Nem
13. Mikor lett Ön utóljára megröntgenezve? Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?  
A test melyik területén? In welchem Körperbereich? .....
14. **Hölgyek részére:** Bei Frauen  
Terhes e Ön jelenleg? Besteht eine Schwangerschaft? Igen Nem  
Ha igen, melyik hónapban jár? Wenn ja, in welchem Monat? .....
15. Házi orvosának neve és címe: Name und Anschrift des Hausarztes:  
.....

\_\_\_\_\_  
Hely, Dátum  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Páciens aláírása  
Unterschrift des Patienten

