



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 ملأ 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 ملأ الاستمارة أو وضع إشارة في المكان المناسب)

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

7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? هل تعاني أو عانيت من أحد الأمراض التالية
- Infektionskrankheiten? أمراض معدية (مثل السل, التهاب الكبد الوبائي أو الإيدز) - نعم لا
- Lebererkrankungen? أمراض الكبد - نعم لا
- Herzerkrankungen? أمراض القلب (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
- Arterienkrankungen? 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? هل تم إجراء عملية جراحية لك خلال السنة الماضية
- Wenn ja, in welchem Körperbereich? في حال نعم, في أي منطقة من الجسم تم إجراء هذه العملية
-
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
- Trat nach einer Zahntfernung 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. Wann sind sie zum letzten Mal geröntgt worden? متى تم تصويرك بالأشعة آخر مرة
- In welchem Körperbereich? في أي منطقة بالجسم
-
14. Bei Frauen: عند النساء -
- Besteht eine Schwangerschaft? هل أنت حامل
- Wenn ja, in welchem Monat? في حال نعم, في أي شهر
-
15. Name und Anschrift des Hausarztes: اسم و عنوان طبيب الأسرة (طبيب المنزل) -
-
-

المكان و التاريخ

توقيع المريض