



Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

## история болезни

### рентген (Röntgen)

Когда у вас был в последний раз рентгет?

*Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?*

Да  нет

У вас есть паспорт на рентген?

*Besitzen Sie einen Röntgenpass?*

Да  нет

### Для пациентов (für Patientinnen)

Беременны вы?

*Besteht eine Schwangerschaft?*

Да  нет

Если да, то на какой неделе/месяце? \_\_\_\_\_

*Wenn ja, welche Woche / welcher Monat?*

### Общие вопросы о здоровье (Allgemeine Gesundheitsfragen)

Вы находитесь на постоянном лечении?

Да  нет

*Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung?*

Если да, то почему? \_\_\_\_\_

*Wenn ja, wieso?*

Легко ли у вас появляются синяки?

*Bekommen Sie schnell blaue Flecken?*

Да

нет

Страдаете ли вы от ран, которые плохо заживают?

Да  нет

*Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden?*

Страдаете ли вы от длительного кровотечения после травм?

Да  нет

*Leiden Sie an längeren Blutungen nach Verletzungen?*

Скрежетание зубами?

Да

нет

*Knirschen Sie?*

Носите ли вы прикусное устройство/шину?

Да  нет

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

Tragen Sie iene Aufbissbehelf/Schiene?

## Заболевания сердца и кровообращения (Herz-, Kreislaufferkrankungen)

низкое давление (Niedriger Blutdruck)

высокое давление (Hoher Blutdruck)

кардиостимулятор?

Herzschrittmacher

Да  нет

эндокардит?

Endokarditis

Да  нет

Клапанный / Протез клапана сердца?

Herzklappenersatz

Да  нет

Стенокардия Петритуа

Angina Petritois

Да  нет

Инсульт?

Schlaganfall

Да  нет

Нарушения свертывания крови

Gerinnungsstörung

Да  нет

У вас есть паспорт сердца?

Besitzen Sie einen Herzpass?

Да  нет

сердечные приступы

Herzinfarkt

Да  нет

Если да, то когда? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann?

Порок сердца

Herzfehler

Да  нет

Если да, то какой? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Опухоль (Tumor)

Да  нет

Если да, то какой? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Его оперировали?

Wurde es operiert?

Да  нет

химиотерапию

Да  нет

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

Chemotherapie

**Радиация**

Bestrahlung

Да  нет

**Вегетативные и хронические заболевания**

**головокружение**

Schwindel

Да  нет

**Обмороки**

Ohnmacht

Да  нет

**Астма**

Asthma

Да  нет

**Диабет**

Diabetes

Да  нет

**Болезнь Желудка/Кишечника**

Magen-Darm Erkrankungen

Да  нет

**Заболевания почек**

Nierenerkrankungen

Да  нет

**Ревматизм/артрит**

Rheuma/Arthritis

Да  нет

**тиннитус**

Tinnitus

Да  нет

**Глаукома**

Glaukorn (grauer Star)

Да  нет

**Хронический бронхит**

chronische Lungenerkrankung

Да  нет

**Эпилепсия**

Epilepsie

Да  нет

**рассеянный склероз**

Multiple Sklerose

Да  нет

**депрессии**

Depressionen

Да  нет

**Остеопороз**

Osteoporose

Да  нет

**Испытываете ли вы сильную физическую нагрузку?**

Fühlen Sie sich körperlich stark belastet?

Да  нет

**Испытываете ли вы сильный психологический стресс?**

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?

Да  нет

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

щитовидная железа ?

Schilddrüsenerkrankungen

Гиперфункция  
Überfunktion

Гипофункция  
Unterfunktion

Инфекционные заболевания (Infektionskrankheiten)

ВИЧ (HIV)

гепатит (Hepatitis)

Туберкулез (Tuberkulose)

Принимайте регулярно (Nehmen Sie regelmäßig)

Антикоагулянты (z.B ASS, Marcumar, Eliquis)  
Blutgerinnungshemmer ?

Кортизон  
Cortison

Сердечные препараты  
Антидепрессанты

Herzmedikamente

обезболивающее

Schmerzmittel

Antidepressiva

Вы принимаете какие-либо лекарства регулярно

Nehmen Sie sonstige Herzmedikamente?

Да  нет

Если да, то какой? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Принимаете ли Вы бисфосфонаты?

Bekommen oder jemals eine Bisphosphonattherapie bekommen?

Да  нет

Вы курите?

Rauchen Sie?

Да  нет

если да, то сколько в день?

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie viele am Tag?

Если да, то сколько сигарет в день?

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?

Да  нет

если да, то какой? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Ты храпишь?

Да  нет

У вас есть аллерголог? (Haben Sie einen Allergiepess?)

Да  нет

Есть ли у вас аллергия/непереносимость определенных лекарств/веществ  
(например, обезболивающие, пенициллин, йод, латекс, местные анестетики)?

Sind Sie allergisch / unverträglich gegen bestimmte Medikamente/Substanzen

(z.B Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika) ?

Если да, то какой? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

Хотите, чтобы мы написали Вам на профилактический осмотр?

Да  нет

Möchten Sie, dass wir Sie anschreiben zur Vorsorgeuntersuchung?

SMS

Email

Открытки

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift