

Name, Vorname des/der Versicherten Sigortalının soyadı, adı	geboren am Doğum Tarihi

Türkisch

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Aşağıda belirtilmiş olan rahatsızlıklardan birini geçirdiniz mi veya bu hastalıklardan birinden şu anda muzdarip misiniz?

ja nein
Evet Hayır

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

Sevgili Hastalar,

tedaviniz için gerekli olan ilaçları ve tedavi yöntemini belirleyebilmemiz için, ön geçmişiniz ile ilgili olarak, aşağıdaki soruları yanıtmanızı rica ediyoruz (Antesedan). Vereceğiniz bilgiler doktor gizlilik yükümlülüğüne tabidir. Anlaşılmayan hususlarda bana danışabilirsiniz.

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Allergie
Alerji | | |
| 1.1 | Antibiotikum/Penicillin
Antibiyotik/Penisilin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Latex
Lateks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Vinyl
Vinil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | Sonstige ...
Diğer ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Anfallsleiden (Epilepsie)
Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Atemwegserkrankungen
Solunum yolları rahatsızlıkları | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Blutgerinnungsstörung
Kan pıhtılaşma rahatsızlığı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Diabetes
Diyabet | | |
| 5.1 | juvenile I (Spritze)
juvenile I (İğne) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Altersdiabetes II (Tabletten)
Yaşlılık Diyabeti II (Tablet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Glaukom (erhöhter Augendruck)
Glokom (göz basıncının artması) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Hämatologische Erkrankungen
(Erkrankung blutbildender Organe)
Hematolojik Rahatsızlıklar
(kan oluşturan organların rahatsızlığı) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Herz-Kreislauf-Erkrankung
Kalp-Dolaşım-Rahatsızlıkları | | |
| 8.1 | Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
Kalp kifayetsizliği (kalp yetmezliği) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 | Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris
(Brustenge)
Koroner kalp hastalığı/Angina pectoris
(Göğüs darlığı) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Herzinfarkt
Kalp enfarktüsü | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | Herzrhythmusstörungen
Kalp ritim bozuklukları | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 | Herzschrittmacher
Kalp adımlayıcı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 | Herzklappenfehler/-ersatz
Kalp kapakçığı hatası/-yenilenmesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 | Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
Hipertoni (yüksek kan basıncı) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.8 | Hypotonie (niedriger Blutdruck)
Hipotoni (alçak kan basıncı) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.9 | Mangeldurchblutung des Zentralen
Nervensystems/ Schlaganfall
Merkez sinir sisteminin noksanlık
kanaması /felç | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Initiiert vom:



Unterstützt von:



		ja	nein				
		Evet	Hayır				
9	Infektionskrankheiten Bulaşıcı Hastalıklar			Typ:	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
9.1	Hepatitis (A, B, C) Hepatit (A, B, C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tip.			
9.2	Immundefizienz-Syndrom (AIDS) Bağışıklık yetersizliği-Sendromu (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	Lebererkrankungen Akciğer rahatsızlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	Magen-Darm-Erkrankungen Mide-Bağırsak-Rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	Nierenerkrankungen Böbrek rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12.1	Chronische Niereninsuffizienz (Nierenschwäche) Kronik böbrek kifayetsizliği (Böbrek yetmezliği)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12.2	Dialyse Diyaliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	Osteoporose (Knochenschwund) Osteoporos (Kemik erimesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung) Rheumatoide Arthritis (Eklem iltihabı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15	Schilddrüsenerkrankungen Tiroit rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	Tumorerkrankungen Tümör hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17	frühere Operationen? Geçirdiğiniz ameliyatlar?						
17.1	Herz Kalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17.2	Leber Akciğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17.3	Niere Böbrek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17.4	Sonstige ... Diğer ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18	Haben Sie Angst vor der Behandlung? Tedaviden korkuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19	Besteht eine Schwangerschaft? Gebelik durumu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, im wievielten Monat? Evet ise, kaçınıcı aydasınız?			
20	Nehmen Sie Medikamente? İlaç kullanıyor musunuz?			1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9			
20.1	Blutverdünnende Mittel Kan inceltici ilaçlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20.2	Mittel gegen hohen/niedrigen Blutdruck Yüksek/alçak kann bısıncı için ilaç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20.3	Schmerzmittel Ağrı kesici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20.4	Psychopharmaka Psikofarmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20.5	Sonstige ... Diğer ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Die sich auf dem Bogen befindlichen Informationen sowie die Übersetzungen wurden sorgfältig und nach bestem Wissen erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Bögen und insbesondere der Übersetzungen wird dennoch nicht übernommen.

Datum, Unterschrift
Tarih, İmza