

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit.

E nderuar paciente! I nderuar pacient!

Ju lutemi plotësojeni këtë pyetësor plotësisht dhe saktë dhe silleni me vete në vizitën e parë.

Nënvizoni përgjigjen tuaj: Ja = Po, nein = Jo.

1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation? ja nein
Welche und wann?

A keni pasur ndonjë operacion përveç apendiksit dhe bajameve? Cilin dhe kur?

.....
.....
.....

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein
Welche und wann oder seit wann?

A keni pasur ose keni sëmundje kanceroze? Cilën dhe kur ose që prej kur?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

A keni pasur infarkt në zemër? Kur?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

A keni pasur goditje në tru? Kur?

.....

5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt? Ja nein
Welches und wann?

A keni pasur trombozë ose infarkt pulmonar? Cilin dhe kur?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein
Seit wann?

A vuani nga tensioni i lartë i gjakut? Që prej kur?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

A keni diabet? Që prej kur?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein
Seit wann?

A vuani nga astma? Që prej kur?

.....

9. Leiden Sie an einer chronischen oder angeborenen Erkrankung? z.B. Herz-, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren- Hauterkrankung, Blutungskrankheit, chronische Polyarthritis, seelische Erkrankung Welche und seit wann?	Ja	nein
---	----	------

A vuani nga ndonjë sëmundje kronike ose e lindur?

P.sh. sëmundje të zemrës, mëlçisë, stomakut, zorrëve, veshkave ose lëkurës,
sëmundje me gjakderdhje, poliartrit kronik, sëmundje psikike.

Cila dhe që prej kur?

.....

.....

.....

10. Haben Sie Metallteile im Körper? z.B. Klammern nach Gallen- oder Herz-OP, künstliche Gelenke, Nägel oder Schrauben nach Knochenbruch, Metallsplitter, Spirale, Zahnimplantate Welche und wo?	ja	nein
--	----	------

A keni pjesë metalike në trup? P.sh. kapëse pas operacionit të tëmthit ose zemrës, nyje artificiale,
go zhda ose vida pas thyerjes së kockave, copëza metali, spirale,
implante dentare. Cilat dhe ku?

.....

.....

11. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes elektronisches Gerät (Defibrillator, Nervenstimulator, Tiefenhirnstimulation) ja Welches? Seit wann?	ja	nein
--	----	------

A keni stimulues kardiak ose pajisje tjetër elektronike të implantuar?

(Defibrilator, stimulues nervor, stimulim i thellë i trurit)

Cila? Që prej kur?

.....

12. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente (auch Spritzen und Infusionen)? Welche?	ja	nein
---	----	------

A merrni vazhdimisht ose përkohësisht ilaçe (përfshirë injeksione dhe infuzione)?

Cilat?

.....

.....

.....

13. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente? z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder Spritzen? Welches?	Ja	nein
---	----	------

A merrni ilaçe kundër mpiksjes së gjakut (hollues të gjakut)?

P.sh. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa ose injeksione?

Cilat?

.....

14. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie Hepatits B, C, Tuberkulose, HIV, MRSA? Ja nein
Welche und wann/seit wann?

A vuani ose keni vuajtur nga një sëmundje infektive si hepatiti B, C, tuberkulozi, HIV, MRSA? Cila dhe kur/që prej kur?

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?
A keni alergji të njohura? A keni prirje për skuqje të lëkurës? Cilat?

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?
A keni pasur ndonjëherë epilepsi (kriza)?
Që prej kur? Kur ishte hera e fundit?

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?
A keni toleruar ndonjëherë keq fizioterapinë ose keni pasur probleme pas saj? Cilën?

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Për gratë: A jeni shtatzënë?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?
A jeni diagnostikuar me osteoporozë?
A merrni ilaçe për të dhe cilat?

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?
A keni pasur thyerje të kockave? Cilat, kur dhe ku?

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
A vuani nga venat me varice?

NameGeburtsdatum.....
Emri dhe mbiemri Data e lindjes

Datum.....Unterschrift.....
Data Nënshkrimi