

Liebe Patientin! Lieber Patient!

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

Уважаема пациентко! Уважаеми пациенте!

Моля, попълнете този въпросник напълно и точно и го донесете при първия си преглед.

Подчертайте отговора си: Ja означава Да, nein означава Не.

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

Имали ли сте операция, освен на апендикса и сливиците? Каква и кога?

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

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

Имали ли сте или имате онкологично заболяване? Какво и кога или от кога?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

Имали ли сте инфаркт? Кога?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

Имали ли сте инсулт? Кога?

.....

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

Имали ли сте тромбоза или белодробен инфаркт? Какво точно и кога?

.....

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

Страдате ли от високо кръвно налягане? От кога?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

Имате ли диабет? От кога?

.....

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

Страдате ли от астма? От кога?

.....

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

Страдате ли от хронично или вродено заболяване?

Напр. заболяване на сърцето, черния дроб, стомаха, червата, бъбреците или кожата,
заболяване с кървене, хроничен полиартрит, психично заболяване.
Какво и от кога?

.....

.....

.....

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

Имате ли метални части в тялото? Напр. скоби след операция на жлъчката или сърцето,
изкуствени стави, пирони или винтове след счупване, метални частици, спирала,
зъбни импланти. Какви и къде?

.....

.....

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

Имате ли пейсмейкър или друго имплантирано електронно устройство?

(Дефибрилатор, нервен стимулатор, дълбока мозъчна стимулация)

Какво? От кога?

.....

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

Приемате ли постоянно или временно лекарства (включително инжекции и инфузии)?
Какви?

.....

.....

.....

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

Приемате ли антикоагуланти (лекарства за разреждане на кръвта)?

Напр. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa или инжекции?

Какви?

.....

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

Страдате ли или сте страдали от инфекциозно заболяване като хепатит В, С, туберкулоза, HIV, MRSA? Какво и кога/от кога?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?

Имате ли известни алергии? Склонни ли сте към обриви? Какви?

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?

Имали ли сте някога епилепсия (гърчове)?
От кога? Кога за последно?

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?

Случвало ли се е да понасяте зле физиотерапия или да имате проблеми след нея?
Каква?

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
За жени: Бременна ли сте?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?

Диагностицирана ли Ви е остеопороза?
Приемате ли лекарства за нея и какви?

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?

Имали ли сте счупвания на кости? Какви, кога и къде?

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Страдате ли от разширени вени?

NameGeburtsdatum.....
Име и фамилия Дата на раждане

Datum.....Unterschrift.....
Дата Подпис