

Liebe Patientin! Lieber Patient!

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

Stimată pacientă! Stimate pacient!

Vă rugăm să completați acest chestionar complet și corect și să îl aduceți la prima consultație.

Subliniați răspunsul: Ja = Da, nein = Nu.

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation?
Welche und wann?
Ați avut vreo operație în afară de apendice și amigdale? Care și când?
.....
.....
..... | ja | nein |
| 2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?
Welche und wann oder seit wann?
Ați avut sau aveți cancer? Ce tip și când sau de când?
.....
..... | Ja | nein |
| 3. Hatten Sie einen Herzinfarkt?
Wann?
Ați avut un infarct miocardic? Când?
..... | ja | nein |
| 4. Hatten Sie einen Schlaganfall?
Wann?
Ați avut un accident vascular cerebral? Când?
..... | Ja | nein |
| 5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt?
Welches und wann?
Ați avut tromboză sau infarct pulmonar? Care și când?
..... | Ja | nein |
| 6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck?
Seit wann?
Suferiți de tensiune arterială crescută? De când?
..... | Ja | nein |
| 7. Sind Sie zuckerkrank?
Seit wann?
Aveți diabet? De când?
..... | Ja | nein |
| 8. Leiden Sie unter Asthma?
Seit wann? | Ja | nein |

Suferiți de astm? De când?

.....

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
---	----	------

Suferiți de o boală cronică sau congenitală?

**De ex. boli de inimă, ficat, stomac, intestin, rinichi sau piele,
boală hemoragică, poliartrită cronică, boală psihică.**

Care și de când?

.....

.....

.....

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
--	----	------

**Aveți piese metalice în corp? De ex. cleme după operație de fiere sau inimă, articulații artificiale,
cuie sau șuruburi după fracturi, fragmente metalice, sterilet,
implanturi dentare. Care și unde?**

.....

.....

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

Aveți stimulator cardiac sau un alt dispozitiv electronic implantat?

(Defibrillator, stimulator nervos, stimulare cerebrală profundă)

Care? De când?

.....

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

Luați permanent sau temporar medicamente (inclusiv injecții și perfuzii)?

Care?

.....

.....

.....

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

Luați medicamente anticoagulante (pentru subțierea sângelui)?

De ex. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa sau injecții?

Care?

.....

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

Suferiți sau ați suferit de o boală infecțioasă precum hepatita B, C, tuberculoză, HIV, MRSA? Care și când/de când?

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?
Aveți alergii cunoscute? Aveți tendință la erupții cutanate? Care?

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?
Ați avut vreodată epilepsie (convulsii)?
De când? Când a fost ultima dată?

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?
Ați tolerat vreodată prost fizioterapia sau ați avut probleme după aceasta?
Care?

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Pentru femei: Sunteți însărcinată?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?
Este cunoscut faptul că aveți osteoporoză?
Luați medicamente pentru aceasta și care?

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?
Ați avut fracturi osoase? Care, când și unde?

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Suferiți de varice?

NameGeburtsdatum.....
Nume și prenume Data nașterii

Datum.....Unterschrift.....
Data Semnătura