

Liebe Patientin! Lieber Patient!

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

Tisztelt Páciens!

Kérjük, ezt a kérdőívet teljesen és pontosan töltsse ki, és hozza magával az első időpontjára.

Húzza alá a válaszát; Ja = Igen, nein = Nem.

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

Volt-e a vakbél- és mandulaműtéten kívül más műtété? Milyen és mikor?

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

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

Volt vagy van daganatos betegsége? Milyen és mikor, illetve mióta?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

Volt szívinfarktusa? Mikor?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

Volt agyvérzése vagy szélütése? Mikor?

.....

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

Volt trombózisa vagy tüdőinfarktusa? Melyik és mikor?

.....

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

Szenved magas vérnyomásban? Mióta?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

Cukorbeteg? Mióta?

.....

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

Szenved asztmában? Mióta?

.....

- | | | |
|---|----|------|
| 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 |
|---|----|------|

Szenved krónikus vagy veleszületett betegségben?

**Pl. szív-, máj-, gyomor-, bél-, vese- vagy bőrbetegség,
vérzékenység, krónikus polyarthritis, pszichés betegség.**

Milyen és mióta?

.....

.....

.....

- | | | |
|--|----|------|
| 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 |
|--|----|------|

**Van fém a szervezetében? Pl. epe- vagy szív műtét utáni kapcsok, mesterséges ízületek,
csonttörés utáni szegek vagy csavarok, fémszilánkok, spirál,
fogimplantátumok. Milyen és hol?**

.....

.....

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

Van szívritmus-szabályozója vagy más beültetett elektronikus eszköze?

(Defibrillátor, idegstimulátor, mélyagyi stimuláció)

Milyen? Mióta?

.....

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

**Szed folyamatosan vagy átmenetileg gyógyszert (injekciókat és infúziókat is)?
Milyet?**

.....

.....

.....

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

Szed véralvadásgátló (vérhígító) gyógyszert?

Pl. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa vagy injekció?

Melyiket?

.....

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

Szenved vagy szenvedett fertőző betegségben, például hepatitis B, C, tuberkulózis, HIV, MRSA? Melyikben és mikor/mióta?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Welche? Ismert allergiája van? Hajlamos bőrküítésre? Milyen?	Ja	nein
---	----	------

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) Seit wann? Wann zuletzt? Volt valaha epilepsziája (görcsrohama)? Mióta? Mikor volt utoljára?	ja	nein
--	----	------

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Welche? Előfordult, hogy rosszul viselte a fizioterápiát, vagy problémája volt utána? Melyiket?	Ja	nein
---	----	------

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Nőknek: Terhes?	Ja	nein
--	----	------

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Nehmen Sie Medikamente dafür und welche? Ismert Önnél csonttritkulás? Szed rá gyógyszert, és ha igen, melyet?	Ja	nein
---	----	------

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Welche und wann? Volt csonttörése? Melyik, mikor és hol?	Ja	nein
--	----	------

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Szenved visszérbetegségben?	Ja	nein
--	----	------

Name	Geburtsdatum.....
Név és vezetéknév	Születési dátum

Datum.....	Unterschrift.....
Dátum	Aláírás