



**Allgemeiner Anamnesebogen - Arabisch -**

- استمارة الحالة المرضية العامة- اللغة العربية

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
تاريخ الميلاد: ..... الاسم الأول: ..... اسم العائلة: .....

العنوان: Adresse:.....

Telefon /-رقم الهاتف-: .....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein  
هل عندك تأمين صحي؟ نعم, عند..... لا

السيدة المريضة, السيد المريض,

. كافة أنواع الأمراض يمكن أن يكون لها تأثير على علاجك, لذلك يرجى ملاً هذه الاستمارة باهتمام وعناية بالغة .  
يتم التعامل مع هذه المعلومات بسرية طبية تامة و يتم استخدامها فقط في سبيل ملائمة طريقة العلاج مع حالتك الصحية

(الرجاء ملاً الاستمارة أو وضع إشارة في المكان المناسب)

- |    |  |  |                                  |
|----|--|--|----------------------------------|
| 1. | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>هل تأخذ أدوية بشكل منتظم<br>Wenn ja, welche? .....<br>في حال نعم, ما هي الأدوية  | نعم                                    | لا                               |
| 2. | Pradaxa, Marcumar أو Xarelto) (مثل هل تأخذ أدوية لمنع تخثر الدم<br>Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?<br>في حال نعم, ما هي   | نعم                                    | لا                               |
| 3. | Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?<br>هل هناك أدوية لا يمكن لجسمك تقبلها<br>Wenn ja, welche? .....   | نعم                                    | لا                               |
| 4. | Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?<br>هل تتعرض لصدمات تحسسية<br>Bei bestimmten Materialien<br>عند احتكاكك مع مواد معينة -<br>Bei bestimmten Arzneimitteln?<br>عند أخذك لأدوية معينة -<br>Bei bestimmten Nahrungsmitteln?<br>عند تناولك لمواد غذائية معينة -  | نعم<br>نعم<br>نعم<br>نعم               | لا<br>لا<br>لا<br>لا             |
| 5. | Haben Sie eine<br>Penicillinallergie?<br>حساسية ضد البنسلين -<br>Jodallergie?<br>حساسية ضد اليود -<br>Latexallergie?<br>حساسية ضد اللاتكس (نوع من المطاط) -  | نعم<br>نعم<br>نعم                      | لا<br>لا<br>لا                   |
| 6. | Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?<br>هل تعاني أو عانيت من أحد أمراض القلب<br>Angeborener o. erworbener Herzfehler?<br>عيب في القلب مولود أو مكتسب -<br>Herzklappenfehler o. -Prothese?<br>عيب في الصمامات القلبية أو صمام اصطناعي -<br>Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?<br>التهاب الشفاف (الطبقة الداخلية المبطن للقلب) -<br>Herzoperationen?<br>عملية قلب -<br>Haben Sie einen Herzschrittmacher?<br>هل عندك جهاز تنظيم ضربات القلب - | نعم<br>نعم<br>نعم<br>نعم<br>نعم<br>نعم | لا<br>لا<br>لا<br>لا<br>لا<br>لا |

7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? هل تعاني أو عانيت من أحد الأمراض التالية?
- Infektionskrankheiten? أمراض معدية (مثل السل, التهاب الكبد الوبائي أو الإيدز) - نعم لا
- Lebererkrankungen? أمراض الكبد - نعم لا
- Herzerkrankungen? أمراض القلب (مثل ذبحة صدرية) - نعم لا
- Zu hoher Blutdruck? ضغط الدم المرتفع - نعم لا
- Zu niedriger Blutdruck? ضغط الدم المنخفض - نعم لا
- Schlaganfall? سكتة دماغية - نعم لا
- renerkrankungen? أمراض الكلى? لا - نعم لا
- Diabetes? مرض السكر - نعم لا
- Schilddrüsenerkrankung? أمراض الغدة الدرقية - نعم لا
- Blutkrankheiten o. -Gerinnungsstörung? أمراض الدم أو مشاكل تخثر الدم - نعم لا
- Nervenerkrankungen? أمراض عصبية - نعم لا
- Anfallsleiden? صرع - نعم لا
8. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? هل تم إجراء عملية جراحية لك خلال السنة الماضية?
- Wenn ja, in welchem Körperbereich? في حال نعم, في أي منطقة من الجسم تم إجراء هذه العملية
- .....
9. هل تعرضت لإصابة في منطقة الفك أو الوجه?
- Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? نعم لا
10. هل تقيلت حقنة التخدير عند طبيب الأسنان بشكل جيد حتى الآن?
- Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? نعم لا
11. هل عانيت من نزف حاد بعد خلع أحد الأسنان?
- Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? نعم لا
12. هل خضعت لمعالجة سنية بسبب أوجاع عامة في الجسم?
- Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? نعم لا
13. Wann sind sie zum letzten Mal geröntgt worden? متى تم تصويرك بالأشعة آخر مرة?
- In welchem Körperbereich? في أي منطقة بالجسم
- .....
14. Bei Frauen: عند النساء -
- Besteht eine Schwangerschaft? هل أنت حامل? نعم لا
- Wenn ja, in welchem Monat? في حال نعم, في أي شهر
- .....
15. Name und Anschrift des Hausarztes: اسم و عنوان طبيب الأسرة (طبيب المنزل) -
- .....
- .....

المكان و التاريخ  
Ort, Datum

توقيع المريض  
Unterschrift des Patienten