

## Anamneza – wywiad lekarski

Nazwisko i imię..... data ur.....

Adres zamieszkania.....

Telefon.....zawod.....

Kasa chorych.....ubezp. prywatne.....

**Dzieci do 18 roku życia / osoby mające opiekuna prawnego – przez kogo są ubezpieczone ?**

Nazwisko, imię, data ur., adres, telefon.....

\_krwawienie z dziąsł                      \_palenie tytoniu                      \_astma  
\_bole głowy                      \_karku                      \_kregoslupa                      \_reumatyzm  
\_rozzrusznik do serca                      \_sztuczne zastawki                      \_arytmia serca  
\_nadcisnienie                      \_niskie cisnienie                      \_zawroty glowy  
\_zaburzenia w gojeniu sie ran                      \_zaburzenia krzepliwosci krwi  
\_przebyta zoltaczka                      \_hepatitis/zapalenie watroby                      \_AIDS /HIV  
\_cukrzyca                      \_osteoporoza                      \_alergia                      \_nietolerancja lekow  
\_leki zazywane regularnie                      \_ciaza/ktory tydzien                      \_strach/lek przed leczeniem

Prosze o regularne listowne przypomnienie o kontroli    \_tak                      \_nie

**Wazne!** Leki i zastrzyki znieczulajace moga wplynac na reakcje w ruchu ulicznym i obsludze urzadzen mechanicznych. W znieczuleniach szczeki dolnej moze dojsc w bardzo rzadkich przypadkach (ca. 0,1%) do chwilowego lub stalego paralizu nerwu. Objawia sie to zdretwieniem w okolicy ust i/lub jezyka. Jesli zarezerwowany termin wizyty nie moze byc zrealizowany, prosze 24 godz. przed odmowic. Nieodmowione terminy to niewykorzystany czas, ktory mozemy wliczyc w koszt pacjentowi. Ubezpieczenia prywatne interpretuja we wlasny sposob dofinansowanie niektórych swaidczen. To nie wplywa na rozliczenie wykonanej uslugi. Roznice reguluje pacjent. Przetwarzamy osobiste dane i dane dotyczace leczenia elektronicznie i przekazujemy je do instytucji rozliczajacych jak i do instytucji koniecznych w osiagnieciu celu leczenia.

**Potwierdzam prawidlowosc danych i przyjelam/przyjalem do wiadomosci czesc: „Wazne“.**

---

data i podpis pacjentki / pacjenta  
przedstawiciela prawnego  
opiekuna / pelnomocnika

## Anamnese

Nach/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Str.+Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Telefon zuhause: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Pflegebedürftigkeit \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflichtvers. / freiwillig vers. / Zusatz vers./ privat vers. / Beihilfe / Härtefall

Ich habe Sie gefunden durch:  Empfehlung  Internet  Schild  Branchenbuch  Andere  
Ggf. Name/ Geb. Datum des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

Zahnfleischbluten  Mundgeruch  Metallgeschmack  
 Schwangerschaft:  Nein  Ja  Woche  
 Kopfschmerzen  Nackenschmerzen  Wirbelsäule  Rheuma  Asthma  Atemnot  
 Rauchen  Herzschrittmacher  künstlichen Herzklappen  
 Hoher Blutdruck  Niedriger Blutdruck  Kreislauferkrankungen  Schwindel  
 Herzrhythmusstörungen  Blutgerinnungsstörungen  
 Gelbsucht  Hepatitis  HIV/ Aids  
 Zuckerkrankheit / Diabetes  Osteoporose  
 **Blutverdünner:** \_\_\_\_\_ **Allergie:** \_\_\_\_\_  
 andere regelmäßige **Medikamenteneinnahme:** \_\_\_\_\_

Ich möchte regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden:  Ja  Nein

Ich habe Angst vor der zahnärztlichen Behandlung:  Ja  Nein

Ich bin interessiert in  Vollnarkose  Lachgas  Laser  Implantate  Keramik

Hinweise: 1. Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. 2. Bei Betäubungen im Unterkiefer kann in sehr seltenen Fällen (ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit Taubheitsgefühl im Kinn/ Lippenbereich und/ oder Zunge verbunden.

3. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Termine, die länger als eine Stunde dauern, müssen aus organisatorischen Gründen drei Tage vorher abgesagt werden. Reservierte und ungenutzte Zeit wird in Rechnung gestellt. 4. Wenn eine bestimmte Behandlung nicht gewünscht wird, muss dies klar erkennbar gemacht werden. Ansonsten wird das Therapiekonzept akzeptiert. 5. Privatversicherungen handhaben meist willkürlich unterschiedliche Auffassungen der Erstattungsfähigkeit bestimmter Leistungen. Das ändert nicht deren Berechnungsfähigkeit. Die Differenz geht zu Lasten des Patienten.

6. Ich bin damit einverstanden, dass Personenbezogene- und Behandlungsdaten wie anamnestische Angaben, Befunde, Diagnosen, Röntgenbilder, Fotos und Modelle zwecks Weiterbehandlung an den entsprechenden Zahnarzt und zahntechnische Labore sowie alle anderen medizinischen und zahnmedizinischen Einrichtungen und Abrechnungsstellen auch auf dem elektronischen Weg weitergegeben werden dürfen. Dazu entbinde ich Fr. Dr. Dagmar Zakrocki und die Behandler ihrer Zahnarztpraxis von der Schweigepflicht. Gemäß Datenschutzerklärung der Praxis (s. Aushang/ Auslage) willige ich in die Verarbeitung personenbezogener Daten ein. Ein Widerrufsrecht steht mir jederzeit zu.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und habe die Hinweise zur Kenntnis genommen. Änderung meiner Daten teile ich umgehend mit.

Datum	<b>Unterschrift Patient/in</b> (Anamnese) bzw. gesetzliche Vertretung ggf. Betreuer mit Gesundheitsvollmacht	<b>Unterschrift Patient/in</b> (Hinweise) bzw. gesetzliche Vertretung ggf. Betreuer mit Gesundheitsvollmacht
-------	--	--

# Anamnese / wywiad lekarski / Inregistrare / Anamnesis

Nach/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Nazwisko/imie \_\_\_\_\_ data ur. \_\_\_\_\_  
Nume/Prenume \_\_\_\_\_ data nasterii \_\_\_\_\_  
Surname/First Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Str.+Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Adres zam. \_\_\_\_\_  
Cod/Localitate \_\_\_\_\_ Str.+Nr. \_\_\_\_\_  
Town/Postal Code \_\_\_\_\_ Street/No: \_\_\_\_\_

Telefon zuhause: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Tel.stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel.komorkowy \_\_\_\_\_  
Tel.acasa \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Tel. No.: (home) \_\_\_\_\_ work \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Angestellt / Selbstständig / Rentner / Schüler/ Student / Praktikant / Ausbildung  
Zawod \_\_\_\_\_  
Meseria \_\_\_\_\_  
Occupation \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Pflichtvers. / freiwillig vers. / Zusatz vers. / privat vers. / Beihilfe / Härtefall  
Kasa chorych \_\_\_\_\_ prywatne ubezp. \_\_\_\_\_  
Casa de sanatate \_\_\_\_\_ Casa de sanatate privat/asigurare private \_\_\_\_\_  
Health Insurance \_\_\_\_\_ Private Insurance \_\_\_\_\_

Ggf. Name/ Geb. Datum des Mitgliedes: \_\_\_\_\_  
Dzieci do 18 r.zycia-przez kogo sa ubezp.?Nazwisko+data ur. \_\_\_\_\_  
Nume/Data nasterii a Asiguratului \_\_\_\_\_  
If applicable name/date of birth of member \_\_\_\_\_

Ich habe Sie gefunden durch?  
\_\_ Empfehlung; \_\_ Internet; \_\_ Schild; \_\_ Branchenbuch; \_\_ Anzeige; \_\_ Anderes: \_\_\_\_\_

Grund meines Zahnarztbesuches: \_\_\_\_\_  
Powod wizyty \_\_\_\_\_  
Motivul vizitei \_\_\_\_\_  
Reason for consultation \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Metallgeschmack
Krwaw. z dziasel	nieprzyjemny zapach	posmak metalu w jamie ustn.
Sangerari gingivale	Miros neplacut al gurii	Gust de metal
Bleeding gums	bad breath	metallic taste

Schwangerschaft: \_\_ Nein \_\_ Ja \_\_ Woche  
Ciaza \_\_\_\_\_  
Sarcina \_\_\_\_\_  
Pregnancy \_\_\_\_\_

nie	tak	tydzien
Nu	Da	Saptamana
no	yes	which week

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Rheuma
Bole glowy	karku	kregoslupa	reumatyzm
Dureri de cap	Dureri de ceafa	de coloana	Reumatism
Headache	neckache	spinal column	rheumatism

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Rauchen
Astma	duszności	palenie tytoniu
Asma	dificultati de respiratie	Fumat
Asthma	difficulty in breathing	smoker

Herzschrittmacher \_\_\_\_\_ künstlichen Herzklappen \_\_\_\_\_

