

<p>данные пациента:</p> <p>Имя, фамилия: _____</p> <p>дата рождения: _____</p>	<p>Leiden Sie an(Zutreffendes ankreuzen): Вы страдаете от(Установите флажки):</p> <p><input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden сердце /Проблемы с кровообращением</p> <p><input type="checkbox"/> Zu niedriger/hoher Blutdruck При низкой / высокого кровяного давления</p> <p><input type="checkbox"/> Lebererkrankung/ заболевания печени</p> <p><input type="checkbox"/> Blutkrankheit/Blutungsneigung Болезнь крови / кровотечения</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall/ апоплексический удар</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit диабет</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen болезни почек</p>	<p>Bestehen Allergien? Существование аллергии?</p> <p>да () нет ()</p> <p>Welche?/ Что? _____</p>
<p>номер телефона: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen/ Желудочно-кишечные заболевания</p>	<p>Arzneimittelunverträglichkeiten? Непереносимость лекарств?</p> <p>да () нет ()</p> <p>Auf welche?/ В то, что? _____</p>
<p>е-мейл: _____</p> <p>ausgeübter Beruf/ окуупация состоялась: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Asthma/ астма</p> <p><input type="checkbox"/> Rheuma/ ревматизм</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie/ эпилепсия</p>	<p>Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung Кровотечение расстройства / кровотечение</p> <p>да () нет ()</p> <p>Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Носите кардиостимулятор?</p> <p>да () нет ()</p>
<p>Вы были в последние полгода в области челюсти рентген?/Wurden Sie im letzten 1/2 Jahr im Kieferbereich</p>	<p><input type="checkbox"/> MRSA</p>	<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Вы принимаете какие-нибудь лекарства?</p> <p>да () нет ()</p>
<p>geröntgt? да () нет ()</p> <p>Sind Sie mit der Anfertigung notwendiger Röntgenaufnahmen einverstanden?/ Вы с подготовкой необходимости Рентгенограммы согласны?</p> <p>да () нет ()</p> <p>Название семейного врача: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Glaukom/grüner Star/ Глаукома</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung/ заболевания щитовидной железы</p> <p>Infektionskrankheiten/ Инфекционные болезни:(Что?)</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis/ гепатит</p> <p><input type="checkbox"/> HIV/Aids/ ВИЧ / СПИД</p>	<p>Welche?/ Что? _____</p>
<p>Название дома стоматолога: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> TBC(Tuberkolose) TBC (туберкулез)</p>	<p>Blutverdünner? / Разжижающие кровь? д () н()</p>
<p>Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?/ Вы в настоящее время под медицинским лечением?</p> <p>да () нет ()</p> <p>За что? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen/ другие заболевания:</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose/ Остеопороз</p>	<p>Bisphosphonate? / Бифосфонаты? д () н()</p> <p>Besteht eine Schwangerschaft?/ Вы беременны? д () н ()</p>
<p>Ich bin mit der Anfertigung erforderlicher Röntgenaufnahmen vor, während sowie nach der Behandlung einverstanden/ Я впереди с подготовкой необходимых рентгенограммы, соглашается во время и после лечения: д () н ().</p>		
<p>Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen (Betäubung) und Medikamenten für 4-6 Stunden nach Verabreichung beeinträchtigt sein kann./ Я буду настоящим знать, что моя способность управлять на дороге под влиянием инъекций (анестетик) и лекарства могут быть затронуты в течение 4-6 часов после введения. Zu vereinbarten Terminen erscheine ich pünktlich oder sage meinen Termin mindestens 24 Stunden vorher ab./ В оговоренное время я обращаюсь на время или сказать свое назначение, по крайней мере за 24 часа до начала.</p>		
<p>Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden, nach meinem besten Wissen beantwortet und garantiere für die Richtigkeit meiner Angaben./ Я понял все вопросы и информация, ответил, насколько мне известно и гарант высказываний.</p> <p style="text-align: right;">} kjefer chirurgie gera / greiz / altenburg</p> <p><u>Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter/ Пациент подпись / если это необходимо. Законный представитель:</u></p> <p>дата _____</p>		