

■ Анамнез

Дайте відповідь на наступні питання щодо перенесених та наявних захворювань:

T = так I H = ні

Особисті дані

Професія:

Телефон (домашній номер):

Телефон (мобільний):

Адреса електронної пошти:

Місце народження:

Сімейний лікар:

Загальні відомості

Вік: _____

Зріст: _____

Вага: _____

Стать: Ж Ч

Питання для жінок:

Чи приймаєте Ви протизаплідні препарати (таблетки)?

T H

Чи можете Ви бути вагітною?

T H

Чи годуєте Ви груддю?

T H

Вживання алкоголю

Чи вживаєте Ви регулярно алкоголь?

T H

Вживання тютюну

Ви палите?

T H

Лікування

Чи страждаєте Ви зараз від інфекції (наприклад, застуда, шлунково-кишкова інфекція)?

T H

Чи проходили Ви останнім часом медичне лікування?

T H

Ліки

Чи приймаєте Ви бісфосфонати?

T H

Чи приймаєте Ви регулярно або в даний час медикаменти (наприклад, болезаспокійливі, снодійні, серцеві, серцево-судинні, антикоагулюючі засоби, такі як гепарин, Маркумар®, Аспірин®, Плавікс®, психотропні препарати, протидіабетичні засоби, препарати, які продаються у вільному продажі)?

T H

Переливання крові

Чи робили Вам переливання крові?

T H

Чи виникали якісь ускладнення?

T H

Чи були Ви донором крові

до цього хірургічного втручання?

T H

Порушення згортання крові

Чи страждаєте або чи страждали Ви від одного з наступних порушень згортання крові:

Поява синців/кровотеча з носа?

T H

Недокрів'я (анемія)?

T H

Алергія

Чи страждаєте Ви на алергію?

T H

Онкологічні захворювання

Чи страждаєте або чи страждали Ви від онкологічного захворювання?

T H

Серцево-судинні захворювання

Чи страждаєте або чи страждали Ви від одного з наступних серцево-судинних захворювань:

- Серцева недостатність? Т Н
- Порок серця? Т Н
- Стенокардія (біль у грудях)? Т Н
- Інфаркт? Т Н
- Запалення серцевого м'яза? Т Н
- Порушення кровообігу? Т Н
- Підвищений кров'яний тиск? Т Н
- Низький кров'яний тиск? Т Н
- Варикозне розширення вен (варикоз)? Т Н
- Тромбоз/емболія (наприклад, інсульт)? Т Н
- Інші серцево-судинні захворювання? Т Н

Інфекційні захворювання

Чи страждаєте або чи страждали Ви від одного з наступних інфекційних захворювань:

- Гепатит? Т Н
- Туберкульоз (Тбс)? Т Н
- ВІЛ-позитивний статус (СНІД)? Т Н
- Інші інфекційні захворювання? Т Н

Захворювання щитовидної залози

Чи страждаєте або чи страждали Ви від одного з наступних захворювань щитовидної залози:

- Збільшення щитовидної залози/зоб? Т Н
- Гіперфункція щитовидної залози? Т Н
- Гіпофункція щитовидної залози? Т Н

Метаболічні захворювання

Чи страждаєте або чи страждали Ви від одного з наступних метаболічних захворювань:

- Цукровий діабет? Т Н
- Подагра/порфірія? Т Н
- Остеопороз? Т Н

Попередні операції

Чи виникали під час попередніх операцій такі ускладнення:

- Посилена кровотеча? Т Н
- Абсцеси/нагноєння/фістули? Т Н
- Затримка загоєння? Т Н
- Посилене рубцювання? Т Н
- Тромбози/емболія? Т Н
- Інші ускладнення? Т Н

Як Ви нас знайшли?

- Пошук в Інтернеті
- Телефонний довідник/«Gelbe Seiten» («Жовті сторінки»)
- Преса (оголошення/газета)
- Домашня сторінка
- Рекомендацію надав:
- Jameda
- Соціальні мережі (YouTube/Facebook/Xing)

Захист даних

(відповідно до ст. 6 ч. 1 пп. b і c, ст. 9 ч. 2 пп. b GDPR)

В рамках медичного лікування ваші персональні дані, зокрема дані про стан здоров'я, будуть оброблятися лікуючими лікарями та медичним персоналом з метою документування та проведення лікування. Обробка здійснюється на підставі правових зобов'язань (у тому числі § 630f Цивільного кодексу Німеччини (BGB)) та з метою виконання договору про лікування. Ви маєте право на отримання інформації про персональні дані, що зберігаються про вас, безкоштовно за письмовим запитом. Крім того, ви маєте право на виправлення невірних даних, а також - за відсутності встановлених законом термінів зберігання - на видалення або обмеження обробки.

Підпис

Підпис пацієнта/законного опікуна

Місце/дата: Kassel, 13.11.2025

■Hasta geçmişi (anamnezi)

Lütfen tıbbi geçmişinizle alakalı aşağıdaki soruları cevaplayın:

E = Evet | H = Hayır

İletişim bilgileri

İş/Meslek:

Ev Telefon No.:

Cep Telefon No.:

E-Posta:

Pratisyen Hekim:

Genel

Yaş:

Boy:

Kilo:

Cinsiyet: Kadın Erkek

Kadınlar için:

Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz? E H

Gebe misiniz? E H

Bebek emziriyor musunuz? E H

Alkol tüketimi

Düzenli olarak alkol tüketiyor musunuz? E H

Tüketiyorsanız, ne tür alkol ve ne miktarda tüketiyorsunuz?

Tütün mamulleri tüketimi

Sigara kullanıyor musunuz? E H

Kullanıyorsanız günde kaç tane?

Tedavi

Şu anda bir enfeksiyon şikayetiniz var mı (örneğin gribal enfeksiyon veya bağırsak enfeksiyonu gibi)? E H

Yakınlarda doktor tedavisi gördünüz mü? E H
Gördüyseniz ne amaçla? Lütfen açıklayın.

Kullanılan ilaçlar

Bisfosfonat içeren ilaç alıyor musunuz? E H

Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı

(örneğin ağrı kesiciler, uyku hapları,

Heparin, Marcumar®, Aspirin® ve Plavix®

gibi antikoagülanlar (kan pıhtılaşmasını

önleyiciler), psikotrop ilaçlar, şeker hastalığı

ile ilgili (diyabetik) ilaçlar veya herhangi

başka bir ilaç)? E H

Varsa hangisinden veya hangilerinden günde ne kadar kullanıyorsunuz?

Kan transfüzyonu (kan nakli)

Size daha önce kan nakli yapıldı mı? E H

Kan nakli sırasında

komplikasyonlar oldu mu? E H

Planlı ameliyatınızdan önce kan

bağışında bulundunuz mu? E H

Kan pıhtılaşma bozuklukları

Şu anda veya geçmişte aşağıda belirtilmiş olan kan pıhtılaşma bozukluklarından şikayetiniz oldu mu?

Siyah veya mavi lekeler/burun kanaması? E H

Anemi (kan kanseri)? E H

Alerji

Herhangi bir alerji şikayetiniz var mı? E H

Varsa, nelere karşı alerjiniz var?

Kanser

Şu anda veya geçmişte kanser şikayetiniz oldu mu? E H

Hangi kanser tipi?

Kardiyovasküler (kalp damar) hastalıklar

Şu anda veya geçmişte aşağıda belirtilmiş olan kardiyovasküler hastalıklardan şikayetiniz oldu mu:

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Kalp güçsüzlüğü (kalp yetmezliği)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Kalp bozukluğu/anomalisi? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (göğüs ağrısı)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Kalp krizi? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Myokart iltihabı (yürek kası yangısı)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Kan akışı bozuklukları? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Yüksek kan basıncı (yüksek tansiyon)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Düşük kan basıncı (düşük tansiyon)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Varisli damarlar? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Damarda kan pıhtılaşması/
tıkanıklık (örneğin inme)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Diğer kardiyovasküler hastalıklar? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Varsa hangisi? | | |

Enfeksiyon hastalıkları

Şu anda veya geçmişte aşağıda belirtilmiş olan enfeksiyon hastalıklarından şikayetiniz oldu mu:

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sarılık (hepatit)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Verem (tüberküloz)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| HIV-pozitif (AIDS)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Diğer enfeksiyon hastalıkları? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Varsa hangisi? | | |

Tiroit hastalıkları

Şu anda veya geçmişte aşağıda belirtilmiş olan tiroit bezi hastalıklarından şikayetiniz oldu mu:

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Tiroid büyütme/Guatr? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Hipertiroidizm? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Tiroit yetersiz aktivitesi? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |

Metabolik hastalıklar

Şu anda veya geçmişte aşağıda belirtilmiş olan metabolik hastalıklardan şikayetiniz oldu mu:

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diyabet (şeker hastalığı)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Gut hastalığı/Portfiri? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Osteoporoz (kemik erimesi)? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |

Geçirilen ameliyatlar

Daha önce geçirmiş olduğunuz ameliyatlarda aşağıdaki komplikasyonlardan birini veya birkaçını yaşadınız mı:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Şiddetli kanama? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Apse/ülserleşme/fistül? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| İyileşmede gecikme? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Aşırı yara dokusu oluşması? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Damarda kan pıhtılaşması/tıkanıklık? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Başka rahatsızlıklar? | E <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |
| Varsa hangisi? | | |

Bize nasıl ulaştınız?

- İnternet
- Sarı sayfalar/telefon rehberi
- Gazete
- Web sitesi
- Tavsiye aldım:

- Jameda
 - Sosyal medya (YouTube/Facebook/Xing)
- Öyle ise, hangisi:

Veri koruma

(GDPR'nin 6. maddesinin 1. fıkrasının b ve c bentleri, 9. maddesinin 2. fıkrasının h bendi uyarınca)

Tıbbi tedavinin bir parçası olarak, kişisel verileriniz, özellikle sağlık verileriniz, tedaviyi belgelemek ve yürütmek amacıyla ilgili doktorlar ve tıbbi personel tarafından işlenecektir. İşleme, yasal yükümlülükler temelinde (BGB 630f maddesi dahil) ve tedavi sözleşmesini yerine getirmek için gerçekleştirilir. Yazılı talep üzerine hakkınızda saklanan kişisel veriler hakkında ücretsiz olarak bilgi alma hakkına sahipsiniz. Buna ek olarak, yanlış verilerin düzeltilmesini ve - aksine yasal saklama süreleri olmadığı sürece - işlemenin silinmesini veya kısıtlanmasını isteme hakkına sahipsiniz.

Hasta

Hasta veya Vasinin İmzası

Yer, tarih: Kassel, 13.11.2025

■ Medical history

Please answer the following questions about your

medical history:

Y = Yes | N = No

Contact

Occupation/profession:

Home phone number:

Mobile phone number:

E-mail:

General practitioner:

General

Age: _____

Height: _____

Weight: _____

Gender: female male

For women:

Are you taking contraceptives? Y N

Are you pregnant? Y N

Are you nursing? Y N

Alcohol consumption

Do you regularly drink alcohol? Y N

If yes, how much and what kind of alcohol?

Tobacco consumption

Do you smoke? Y N

If yes, how many cigarettes per day?

Treatment

Are you currently suffering from an infection
(such as flu, gastro-intestinal disorder)? Y N

Have you recently
been treated by a physician? Y N

If so, why?

Medication

Are you taking bisphosphonates? Y N

Do you regularly take medication
(such as pain killers, sleeping pills,
anticoagulants such as Heparin, Marcumar[®],
Aspirin[®] and Plavix[®], psychotropic drugs,
anti-diabetics or any other medication)? Y N

If yes, which one(s) and how many per day?

Blood transfusion

Have you ever received a blood transfusion? Y N

Were there complications during
the blood transfusion? Y N

Did you donate blood before your
planned surgical procedure? Y N

Coagulation disorder

Do you suffer or have you suffered from one of the
following coagulation disorders:

Bruising/nose bleeds? Y N

Anaemia? Y N

Allergies

Do you suffer from an allergy?
If yes, which one(s)? Y N

Cancer

Do you suffer, or have you
suffered, from cancer? Y N

If yes, which one?

Cardiovascular disease

Do you suffer, or have you suffered, from one of the following cardiovascular diseases:

- A weak heart (cardiac insufficiency)? Y N
- Cardiac defect/abnormalities? Y N
- Angina pectoris (pain in the chest)? Y N
- Heart attack? Y N
- Myocardial inflammation? Y N
- Blood flow disorder? Y N
- High blood pressure? Y N
- Low blood pressure? Y N
- Varicose veins? Y N
- Thrombosis/embolism (e.g. stroke)? Y N
- Other cardiovascular disease? Y N
- If yes, which one(s)?

Infectious disease

Do you suffer, or have you suffered, from one of the following infectious diseases:

- Hepatitis? Y N
- Tuberculosis? Y N
- HIV-positive (AIDS)? Y N
- Other infectious diseases? Y N
- If yes, which one?

Thyroid disease

Do you suffer, or have you suffered, from one of the following diseases of the thyroid gland:

- Struma/goitre? Y N
- Hyperthyroidism? Y N
- Underactive thyroid? Y N

Metabolic disease

Do you suffer, or have you suffered, from one of the following metabolic diseases:

- Diabetes? Y N
- Gout or porphyria? Y N
- Osteoporosis? Y N

Previous surgeries

When you had surgery before, did you experience any of the following complications:

- Aggravated bleeding? Y N
- Abscesses/Ulcerations/Fistula? Y N
- Delayed healing? Y N
- Excessive scar formation? Y N
- Thrombosis/Embolism? Y N
- Other symptoms? Y N
- If yes, which one(s)?

How did you find us?

- Internet
- Yellow pages/telephone book
- Newspaper
- Website
- Recommendation by:
-

- Social Media (YouTube/Facebook/Xing)
- If so, which one?
-

Data protection

As part of the medical treatment, your personal data, in particular health data, will be processed by the attending physicians and medical staff for the purpose of documenting and carrying out the treatment. Processing is carried out on the basis of legal obligations (including Section 630f BGB) and to fulfil the treatment contract. You have the right to receive information about the personal data stored about you free of charge upon written request. In addition, you have the right to have incorrect data corrected and - insofar as there are no statutory retention periods to the contrary - to have the processing deleted or restricted.

Signature

Signature of the patient/patient's guardian

Place/date: Kassel, 13.11.2025