

# Anamnesebogen - Ungarisch

Familienname/ **Vezetéknév:** \_\_\_\_\_

Vorname/ **Keresztnév:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ **Születési idő:** \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/ **Állampolgárság:** \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort/ **Születési ország és város:** \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse/ **Beszélt nyelvek:** \_\_\_\_\_

## **Bei Minderjährigen/ Kiskorú személy esetén:**

Familienname Vater/ **Apja vezetékeve:** \_\_\_\_\_

Vorname Vater/ **Apja keresztnéve:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Vater/ **Apja születési ideje:** \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/ **Állampolgársága:** \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Vater/ **Apja születési helye (ország, város):** \_\_\_\_\_

Familienname Mutter/ **Anyja vezetékeve:** \_\_\_\_\_

Vorname Mutter/ **Anyja keresztnéve:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Mutter/ **Anyja születési ideje:** \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/ **Állampolgársága:** \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Mutter/ **Anyja születési helye (ország, város):** \_\_\_\_\_

Telefon/ **Telefonszám:** \_\_\_\_\_ Straße/ **Út, utca:** \_\_\_\_\_

PLZ/ **Irányítószám:** \_\_\_\_\_ Wohnort/ **Város:** \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient/ **Van vagy volt-e a betegnek:**

Allergien/ **Allergia (ha igen akkor milyen) :** \_\_\_\_\_

Diabetes/ **Diabétesz:** ja/igen \_\_\_ nein/nem: \_\_\_ Schilddrüsenerkrankung/ **Pajzsmirigy betegség:** ja/igen: \_\_\_ nein/nem: \_\_\_

Infektionskrankheiten/ **Fertőző betegség (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis...):** ja/igen: \_\_\_\_\_ nein/nem: \_\_\_

Blutgerinnungsstörungen/ **Véralvadási rendellenesség:** ja/igen: \_\_\_\_\_  
nein/nem: \_\_\_\_\_

Herz- oder Kreislauferkrankungen/ **Szív-és érrendszeri betegség:** ja/igen: \_\_\_\_\_ nein/nem: \_\_\_

Nierenerkrankungen/ **Vesebetegség:** ja/igen: \_\_\_\_\_ nein/nem: \_\_\_

Asthma/ **Asztma:** ja/igen: \_\_\_\_\_ nein/nem: \_\_\_ Schlaganfall/ **Sztrók:** ja/igen: \_\_\_\_\_ nein/nem: \_\_\_

Tumor, Krebs/ **Tumor, rák:** ja/igen: \_\_\_\_\_ nein/nem: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden/ **Epilepszia:** Ja/igen: \_\_\_ nein/nem: \_\_\_ Besteht eine Schwangerschaft/ **Terhesség :** ja/igen: \_\_\_  
nein/nem: \_\_\_

Magen-/Darmerkrankung/ **Gyomor és bérendszeri megbetegedés:** ja/igen: \_\_\_\_\_  
nein/nem: \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/ **Van bármilyen más betegsége?:** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/ **Szed valamilyen gyógyszer rendszeresen (ha igen melyet?):**

\_\_\_\_\_