



Allgemeiner Anamnesebogen - **portugiesisch** -

**Formulário Geral para Anamnese**

Name Vorname Geburtsdatum  
Sobrenome:..... Nome: ..... Data de nascimento .....

Endereço: *Adresse*:.....

*Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei* *nein*  
Titular de seguro? Sim, possuo o seguro ..... Não: .....

Prezado(a) Paciente,

É importante ressaltar que doenças existentes (ou pré-existentes) podem comprometer o resultado final do seu tratamento. Sendo assim, a fim de evitar qualquer prejuízo ao seu tratamento, solicitamos o preenchimento do formulário abaixo com a devida atenção. As informações abaixo serão tratadas como confidenciais, e serão utilizadas, somente, para adequar o tratamento ao seu estado de saúde.

**Marque um "X" na resposta correta, e quando necessário, complemente as perguntas abaixo:**

1. Faz uso de medicamentos regularmente? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* Sim Não  
Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?* .....

2. Faz uso de algum medicamento que possa alterar a coagulação sanguínea, Sim Não  
tal como Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?

Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?* .....

3. Apresenta intolerância a algum medicamento? Sim Não  
*Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?*  
Caso afirmativo, qual(ais)? *Wenn ja, welche?*.....

4. Apresenta reações alérgicas? *Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?* Sim Não  
– Determinados Materiais? *Bei bestimmten Materialien?* Sim Não  
– Determinados Medicamentos? *Bei bestimmten Arzneimitteln?* Sim Não  
– Determinados Alimentos? *Bei bestimmten Nahrungsmitteln?* Sim Não

5. Apresenta reações alérgicas a: *Haben Sie eine*  
– Penicilina? *Penicillinallergie?* Sim Não  
– Iodo? *Jodallergie?* Sim Não  
– Latex? *Latexallergie?* Sim Não

6. É (ou foi) portador de alguma doença cardíaca? *Haben / hatten Sie eine des Herzens?* Sim Não  
– De nascença ou adquirida posteriormente? *Angeborener oder erworbener Herzfehler?* Sim Não  
– Possui falhas ou próteses nas válvulas cardíacas? Sim Não  
*Herzklappenfehler / Herzklappenprothese?*  
– Endocardite (infecção na membrana que envolve as válvulas)? Sim Não  
*Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?*  
– Operações cardíacas? *Herzoperationen?* Sim Não

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - É portador de marcapasso? <i>Haben Sie einen Herzschrittmacher?</i>  | Sim | Não |
| 7. Sofre ou sofreu de algumas das doenças listadas abaixo? <i>Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?</i>   |     |     |
| - Doenças infecciosas (ex.: Tuberculose, Hepatite, Aids)? <i>Infektionskrankheiten</i>   | Sim | Não |
| - Doenças hepáticas? <i>Lebererkrankungen?</i>   | Sim | Não |
| - Doenças cardíacas (infarto, angina)? <i>Herzkrankungen</i>   | Sim | Não |
| - Pressão alta? <i>Zu hoher Blutdruck?</i>   | Sim | Não |
| - Pressão baixa? <i>Zu niedriger Blutdruck?</i>  | Sim | Não |
| - Derrame? <i>Schlaganfall?</i>  | Sim | Não |
| - Doenças renais? <i>Nierenerkrankungen?</i>   | Sim | Não |
| - Diabetes? <i>Diabetes?</i>   | Sim | Não |
| - Tireoide? <i>Schilddrüsenerkrankung?</i>   | Sim | Não |
| - Doenças e/ou problemas com coagulação sanguínea?<br><i>Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?</i>   | Sim | Não |
| - Doenças neurológicas? <i>Nervenerkrankungen?</i>   | Sim | Não |
| - Crises neurológicas (ex. epilepsia)? <i>Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?</i>  | Sim | Não |
| 8. Realizou algum procedimento cirúrgico no último ano? <i>Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?</i>   |     |     |
| Caso afirmativo, em que partes do corpo? <i>Wenn ja, in welchem Körperbereich?</i>   | Sim | Não |
| .....  |     |     |
| 9. Sofre (ou sofreu) algum tipo de trauma na mandíbula e/ou rosto?<br><i>Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?</i>  | Sim | Não |
| 10. Tolerava bem as anestésias aplicadas por dentistas?<br><i>Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?</i>  | Sim | Não |
| 11. Já sofreu hemorragia após uma extração dentária?<br><i>Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?</i>  | Sim | Não |
| 12. Já realizou algum tratamento dentário em decorrência de um problema geral de saúde?<br><i>Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?</i> | Sim | Não |
| 13. Quando foi a última vez que foi submetido(a) a um exame de raio-x<br><i>Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?</i><br>Em que partes do corpo? <i>In welchem Körperbereich?</i> .....    |     |     |
| 14. Somente pacientes mulheres: <b>Bei Frauen:</b>   |     |     |
| Está grávida neste momento? <i>Besteht eine Schwangerschaft?</i>   | Sim | Não |
| Caso afirmativo, em qual mês de gestação ?<br><i>Wenn ja, in welchem Monat?</i> .....  |     |     |
| 15. Nome e endereço do seu médico responsável? <i>Name und Anschrift des Hausarztes:</i> .....<br>.....  |     |     |

Local, Data Ort, Datum

Assinatura do Paciente *Unterschrift des Patienten*