



استمارة التاريخ الطبي لطب الأسنان Anamnesebogen

البيانات الشخصية / Persönliche Angaben

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

طبيب الأسرة / الطبيب الاختصاصي: _____ الجنس: ☐ ذكر (m) ☐ أنثى (w) ☐ آخر

هل توجد درجة رعاية أو وصاية قانونية؟ ☐ نعم ☐ لا جهة الاتصال: _____

للنساء: هل يوجد حمل ☐ (Y) نعم ☐ لا (N)

توضيح / Erläuterungen	Ja / نعم	Nein / لا	
Körperimplantate	☐	☐	زرعات جسمية (مثل صمام قلب، ناظمة قلبية ...)
Herzkreislauferkrankungen	☐	☐	أمراض القلب والدورة الدموية / ارتفاع الضغط
Gerinnungsstörungen	☐	☐	اضطرابات التخثر / مميعات الدم
Diabetes	☐	☐	داء السكري
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	أمراض الغدة الدرقية
Atemwegserkrankungen	☐	☐	أمراض الرئة والجهاز التنفسي
Nieren- oder Lebererkrankungen	☐	☐	أمراض الكلى أو الكبد
Osteoporose / Arthros	☐	☐	هشاشة العظام / الفصال العظمي
Autoimmunerkrankungen	☐	☐	الروماتيزم / أمراض المناعة الذاتية
Neurologische Erkrankungen	☐	☐	أمراض عصبية
Allergien	☐	☐	حساسيات (أدوية، لاتكس، معادن...)
Infektionskrankheiten	☐	☐	أمراض معدية (التهاب الكبد، HIV...)
Tumorerkrankungen	☐	☐	أورام / علاج كيميائي / علاج شعاعي
Schlafapnoe	☐	☐	انقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم OSAS
Psychische Erkrankungen	☐	☐	أمراض نفسية (اكتئاب، قلق...)

أمراض أخرى / Weitere Erkrankungen:

الحالة الصحية العامة / Allgemeine Gesundheit

الأدوية / Medikamente:

☐ انظر قائمة الأدوية المرفقة ☐ يرجى إدراج جميع الأدوية المستخدمة بانتظام (بما فيها مميعات الدم، البيسفوسفونات، ومضادات ارتشاف العظم).

يرجى قلب الصفحة!



استمارة التاريخ الطبي لطب الأسنان

Anamnesebogen

القصة المرضية السنية / Zahnmedizinische Anamnese

متى حصلت على آخر تعويض سني؟ قبل _____ سنة.

في حال وجود زرعات سنية يرجى إحضار بطاقة الزرع.

استهلاك منتظم: نيكوتين ☐ ، كحول ☐ ، مخدرات ☐ ، الكمية: _____ يوماً ☐ لا

هل حدثت لديك حالة إسعافية خطيرة أثناء أو بعد علاج أسنان؟ (مثلاً توقف قلب أو تنفس، نوبة صرع، إغماء، صدمة تحسسية شديدة)

☐ لا ☐ نعم ، _____

تأثير مشاكل الفم على جودة الحياة / Mundgesundheits (OHIP-5)

هل عانيت خلال الأيام السبعة الماضية، بسبب مشاكل في أسنانك أو منطقة الفم أو الفك أو أطقم الأسنان ...

دائماً Sehr oft	غالباً Oft	أحياناً Manchmal	نادراً Selten	أبداً Nie	
☐	☐	☐	☐	☐	صعوبة في مضغ الطعام؟
☐	☐	☐	☐	☐	هل شعرت أن مذاق الطعام أقل جودة؟
☐	☐	☐	☐	☐	هل عانيت من آلام في الفم؟
☐	☐	☐	☐	☐	هل شعرت بعدم الارتياح بسبب مظهر الأسنان أو التعويضات؟
☐	☐	☐	☐	☐	هل واجهت صعوبة في أداء نشاطاتك اليومية؟

Ja / نعم Nein / لا

اضطرابات المفصل الفكي الصدغي / Funktionsstörungen (3Q/TMD)

ألم أسبوعي في الصدغ أو الوجه أو الفك أو المفصل الفكي؟

☐ ☐

ألم أسبوعي عند فتح الفم أو المضغ؟

☐ ☐

هل يُحتجز الفك أو يعلق مرة أسبوعياً أو أكثر؟

☐ ☐

سبب المراجعة / ملاحظات أخرى / Grund des Aufsuchens

المكان والتاريخ:

توقيع المريض: ة/صاحب التفويض