

ANAMNEZIS (ANAMNÉZIS LAP)

Личные данные (Személyes adatok)

Пожалуйста, заполните **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** и подпишите каждую страницу!

(Kérjük, **NYOMTATOTT BETŰKKEL** töltse ki és minden oldalt lásjon el aláírásával!)

1. Имя (Nev) _____

2. Имя матери (Anyja neve) _____

3. Пол (Nem) Жен (Nő) Муж (Férfi)

4. Место и Дата рождения (Szül. hely, idő):

5. Адрес (Cím): _____

6. Телефон (Telefonszám): _____ /mobil/

_____ /otthoni/

7. № TAJ Страховки (TAJ szám): _____

8. E-mail cím: _____

9. Дата (Dátum): _____

Подпись (Aláírás)

Terenyi Fogászati Klinika

XVI. kerület, Nógrádverőce út 35/a. Tel.: +36 30 4184700; +36 1 4070776 E-mail: info@terenyiklinika.hu
www.terenyiklinika.hu

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| Проходите ли в настоящее время медицинское лечение? <i>(Jelenleg orvosi kezelés alatt áll?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Употребляете ли регулярно алкоголь? <i>(Fogyaszt-e rendszeresen szeszes italt?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| Есть ли проблемы с артериальным давлением? <i>(Szenved-e vérnyomás problémától?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Вы страдаете диабетом? <i>(Szenved-e cukorbetegségben?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| Есть ли проблемы с кровообращением? <i>(Tud-e bármilyen vérkeringési zavarról?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Вы страдаете остеопорозом? <i>(Szenved-e csonttrikulásban?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| У Вас есть аллергические реакции? На что? <i>(Vannak-e allergiás panaszai?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Какие лекарства Вы принимаете? <i>(Milyen gyógyszereket szed?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| Есть ли у Вас аллергия на какие-либо лекарства? <i>(Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás vagy panaszt okozott a szedése?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Есть ли проблемы щитовидной железы? <i>(Szenved – e: pajzsmirigy funkciós problémákban?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| | | | Есть ли у Вас ревматическое заболевание? <i>(reumás betegségben?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| Есть ли у Вас болезни сердца, нарушение работы, был ли сердечный приступ? Если да, то когда? <i>(Van-e szívbetegsége, szívfejlődési rendellenessége, szívinfarktusa? Ha igen, mikor?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Есть ли у Вас заболевания почек? <i>(vesebetegségben?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| У Вас был имплант сердечного клапана? <i>(Volt-e szívbílyentyű beültetése?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Есть ли у Вас желудочно-кишечные заболевания? <i>(emésztőrendszeri megbetegedésben?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| Было ли у Вас воспаление сердца? <i>(Volt-e szívbílyhártya gyulladása?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Есть ли у Вас заболевания нервной системы? <i>(idegrendszeri betegségben?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |
| Была ли у Вас операция на сердце? Если да, то когда? <i>(Volt-e szívműtété?Ha igen, mikor?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> | Есть ли у Вас иммунодефицитное заболевание (ВИЧ положительный)? <i>(immunhiányos betegségben? (HIV +)?)</i> | ДА <i>(Igen)</i> | НЕТ <i>(Nem)</i> |

| | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| Есть ли у Вас кардиостимулятор? (<i>Van-e pacemaker?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) | Есть ли у Вас проблемы с кровотечением? (<i>vérzékenységben?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) |
| Была ли операция по протезированию бедра или других суставов? (<i>Volt –e csipő- vagy egyéb végtagprotézis műtété?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) | У Вас есть инфекционное заболевание (напр.: Гепатит)? (<i>Van-e fertőző betegsége? (pl.: Hepatitis)?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) |
| Вы склонны к обморокам? (<i>Hajlamos- e ájulásra?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) | Вы получали химиотерапию или лучевую терапию? Если да, то когда? (<i>Kemoterápiás vagy sugárkezelésben részesül(t)-e? Ha igen, mikor?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) |
| Для женщин: беременны ли Вы сейчас? (<i>Hölgyeknek: jelenleg terhes-e?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) | Вы скрипите зубами (днем или ночью)? (<i>Csikorgatja-e a fogait éjjel vagy nappal?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) |
| Для женщин: Вы на грудном вскармливание сейчас? (<i>Szoptat-e?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) | Вы курите? (<i>Dohányzik-e?</i>) | ДА (<i>Igen</i>) | НЕТ (<i>Nem</i>) |

Как Вы узнали о Нашей клинике? (Honnan értesült klinikánkról?)

.....

Дата (*Dátum*): _____

Подпись (*Aláírás*): _____

ДЕКЛАРАЦИЯ
(NYILATKOZAT)

Я, ниже подписывающийся (Alulírott):.....
.....(Адрес (lakik):.....
.....)

Согласен с заявлением, что **Terenyi Klinika** (VitaldentBp.hu Kft.) (1165 Budapest, Nógrádverőce u. 35/a.) будет хранить и обрабатывать мои личные данные в соответствии с положением от 2018.05.25 об управлении данными, хранить их в течение времени, необходимого для моей обработки, и информировать сотрудников по мере необходимости.

(jelen nyilatkozatomban hozzájárulok ahhoz, hogy a Terenyi Klinika (VitaldentBp.hu Kft.), mint adatkezelő (1165 Budapest, Nógrádverőce u. 35/a.) 2018.05.25. napján készült adatkezelési tájékoztatójában foglaltak szerinti személyes adataimat kezelje, a kezeléséhez szükséges ideig tárolja, valamint e körben munkavállalóival a szükséges mértékben ismertesse.)

Я принимаю общие условия гарантии предоставленные Terenyi Klinika.
(A Terenyi Klinika Általános Szerződési Feltételeit és garanciafeltételeit elfogadom.)

Я понимаю, что мои медицинские данные и данные лечения будут обрабатываться отдельно и храниться до тех пор, пока я не отправлю запрос на отмену.
(Megértettem, hogy egészségügyi és kezelési kartonjaimat elkülönítetten kezelik, továbbá adataimat a törlés iránti kérelmem beérkezéséig kezelik és tárolják.)

Я также заявляю, что я **желаю** / **не желаю** * получать рассылку новостей от Terenyi Klinik.
*(Ezúton kijelentem továbbá, hogy **nem kívánok** / **kívánok** * hírlevelet kapni a Terenyi Klinikától.)*

Мой адрес электронной почты для подписки на рассылку новостей:.....
(E-mail címem, mellyel a hírlevélre feliratkozok:)

Я подтверждаю, что если я подпишусь на рассылку новостей, мое имя и адрес электронной почты могут управляться Terenyi Klinik с целью отправки информации и что я буду получать информацию, пока я не запрошу иное по электронной почте.
(Tudomásul veszem, hogy amennyiben regisztrálok a hírlevélre, úgy nevemet és e-mail címemet a Terenyi Klinika kezelheti hírlevél küldése céljából, valamint, hogy addig kapok hírlevelet és kezeli ehhez szükséges személyes adataimat, amíg ennek ellenkezőjét e-mailben nem kérem.)

Дата (Kelt): Budapest,

.....

Подпись (Aláírás)

* Отметить подчеркиванием (Aláhúzással jelölje).