

# Анкета для невідкладної допомоги за мовного бар'єру

## Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere



Дата/ Datum: \_\_\_\_\_

Пацієнт (прізвище, ім'я) /

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Дата народження / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Просимо вас надати відповіді на такі запитання / Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Де відчуваєте біль?  верхня щелепа  справа  зліва  спереду  ззаду  
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten

нижня щелепа  справа  зліва  спереду  ззаду  
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Скільки днів ви відчуваєте біль?  1 день  2 дні  3 дні  більше 3 днів  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

(1= слабкий, 10 = нестерпний) / (1= schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Опишіть біль:  тупий  колючий  пульсуючий  короткочас.  безперервний  
Beschreiben Sie den Schmerz: Dumpf Stechend Klopfend Zeitweise ununterbrochen

Чи є у вас «опухла щока» (абсцес, скупчення гною)?  так  ні  
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Відколи у вас «опухла щока»?  1 день  2 дні  3 дні  більше 3 днів  
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Ви приймаєте якісь ліки?  так  ні  
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

У вас є ліки з собою?  так  ні  
Haben Sie die Medikamente dabei? ja nein

Знеболюючі?  так  ні Якщо так, то які:  
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche:

Антибіотики?  так  ні Якщо так, то які:  
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche:

Розріджувачі крові?  так  ні Якщо так, то які:  
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche:

## Необхідні заходи / Notwendige Maßnahmen

### Наступні примітки вносять стоматолог / Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen::

Я хотів би вжити наступних заходів / Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Рентгенівський знімок / Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Зуб потрібно видалити / Zahn muss gezogen werden

Зуб потребує пломбування / Zahn benötigt eine Füllung

Зуб потребує лікування кореневих каналів / Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung

Укол анестетика для зуба / Betäubungsspritze für den Zahn

Абсцес необхідно розрізати / Abszess muss aufgeschnitten werden

У мене немає додаткових запитань до стоматолога, і я погоджуюся із зазначеними заходами  так  ні

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden. ja nein

Підпис пацієнта / Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

✂-----

Потрібний наступний  візит /  обстеження. / Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.

Будь ласка, знову відвідайте лікаря (дата) \_\_\_\_\_ (час) \_\_\_\_\_ год.

Bitte kommen Sie am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr erneut in die Praxis.

Направлення до спеціаліста з орально-щелепно-лицьової хірургії для подальшого лікування .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Існує  потреба в подальшому лікуванні, витрати на яке не покриваються за законом про надання

притулку

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nachdem AsylLG nicht möglich ist.

Примітки/ Hinweise:

Будь ласка, візьміть із собою особу, яка розмовляє цією мовою, на наступний візит.

Візьміть із собою талон медичного обслуговування, якщо ви ще його не надали

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit. Sofern noch nicht eingereicht,

bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Печатка лікаря  
Praxisstempel