

5. (kroatisch)

Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Pacijent (prezime, ime):

Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja:

Geburtsdatum:

Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gdje osjećate bolove?
Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Gornja čeljust Oberkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten
<input type="checkbox"/> Donja čeljust Unterkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten

Koliko dana patite od tih bolova?
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Koliko jaki su ti bolovi?
Wie stark sind Ihre Schmerzen?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

(1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol:
Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> tupa dumpf	<input type="checkbox"/> bode stechend	<input type="checkbox"/> pulsirajuća klopfend	<input type="checkbox"/> povremena zeitweise	<input type="checkbox"/> stalna ununterbrochen
--	---	--	---	---

Imate li „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)? da ne
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Od kada imate „debele obraze“? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Uzimate li lijekove? da ne
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Imate li kod sebe lijekove? da ne
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Tablete protiv bolova? da ne Ako da, koje: _____
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche:

Antibiotik? da ne Ako da, koji: _____
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche:

Razrjeđivači krvi? da ne Ako da, koji: _____
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche:

Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen

Sljedeće napomene popunjava **zubar**:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba
Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)
Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Šprica za neosjetljivost zuba
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

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

da ne
ja nein

Potpis pacijenta: _____

Unterschrift Patient



Potrebna je dodatni termin liječenja/ kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovno dođite _____ u _____ sati u ordinaciju.

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

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi daljnje obrade .

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

Postoji potreba za dodatnim liječenjem za koje nije moguće podmirenje troškova
sukladno Zakonu o uslugama za azilante.

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerber-
leitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Žig ordinacije
Praxisstempel

Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite potvrdu o liječenju.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.