

پرسشنامه بیماران Patientenerhebungsbogen

نام خانوادگی: نام:
 Familienname: Vorname:

تاریخ تولد: تابعیت:
 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

کشور مبدا / محل (شهر):
 Herkunftsland/-ort:

فقط برای افراد زیر سن قانونی
 Nur bei Minderjährigen:
قیم بچه یا شخص صاحب حقوق حضانت
 Erziehungsberechtigter

نام خانوادگی: نام:
 Familienname: Vorname:

تاریخ تولد: تابعیت:
 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

تماس

Kontaktdaten

شماره تلفن یا موبایل (سیار):
 Telefon-/Handynummer:

آدرس پست الکترونیکی:
 E-Mail:

آدرس پستی فعلی (خیابان/شماره/شهر):
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

شماره تلفن شخصی که قادر به کمک مترجمی باشد:
 Telefon-Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

لطفاً سوالات زیر را راجع بوضع مزاجی خود دقیقاً جواب دهید. این اطلاعات تحت محرمانه بودن اطلاعات پزشکی میباشد و شدیداً محرمانه باقی می ماند.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

<p>آیا حامله هستید؟ Besteht eine Schwangerschaft? خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>اگر بله در چه ماهی؟ Wenn ja, in welchem Monat? ماه Monat</p> <p>سایر بیماریهای دیگر: Sonstige Erkrankungen? خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>بیماریهای قلبی و بیماری های گردش خون Herz-/Kreislaufkrankung خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>اختلالات انعقاد خونی Blutgerinnungsstörungen خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>اختلالات تشنجی (صرع) Anfallsleiden (Epilepsie) خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>آسم / بیماری های ریوی Asthma/Lungenerkrankungen خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>غش Ohnmachtsanfälle خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>دیابت/ بیماری قند Diabetes/Zuckerkrankheit خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p> <p>بیماری های کبد/ هپاتیت Lebererkrankung/Hepatitis خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> nein ja</p>
---	--

آلرژی یا عدم تحمل:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

بیپوشی محلی / تزریق
Lokalanästhesie/Spritzen:

آنتی بیوتیک ها
Antibiotika:

دارو های مسکن
Schmerzmittel:

.....
آلرژیهای دیگر
Andere:

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

خیر بله
nein ja

بیماری کلیوی
Nierenerkrankungen:

روماتیسم/آرتریت
Rheuma/Arthritis:

بیماری های تیروئید
Schilddrüsenerkrankung:

مرض سل
Tuberkulose:

عفونت اچ آی وی/بیماری ایدز
HIV-Infektion/Stadium AIDS:

بیماری های عفونی (بعنوان مثال ام آر اس آ)
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

اعتیاد بمواد مخدره
Drogenabhängigkeit:

سیگاری
Raucher:

خیر بله
nein ja

آیا تابحال از فک های شما رادیوگرافی شده؟
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

.....
آیا شما بعلت عدم دندان ناراحتی در موقع جویدن دارید؟
Wenn ja, wann?

خیر بله
nein ja

آیا تابحال تحت معاینه پزشک متخصص امراض عمومی بوده اید؟
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

.....
اگر بله نزد کدام پزشک بودید؟
Wenn ja, bei welchem Arzt?

.....
از تاریخ.....
seit

چه دارو هائی را در حال حاضر بصورت دائمی یا دوره ای مصرف میکنید
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

.....
از تاریخ.....

.....
از تاریخ.....

.....
امضاء.....
, den

.....
محل.....
Unterschrift: