

Формулар за податоци на пациентот

Patientenerhebungsbogen

Презиме: Familiename:	_____	Име: Vorname:	_____
Датум на раѓање: Geburtsdatum:	_____	Државјанство: Staatsangehörigkeit:	_____
Држава / место на раѓање: Herkunftsland/-ort:	_____		
Јазичи: Sprachkenntnisse:	_____		

Само кај малолетни лица старателот

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Презиме: Familiename	_____	Име: Vorname:	_____
Датум на раѓање: Geburtsdatum:	_____	Државјанство: Staatsangehörigkeit:	_____

Контактни податоци

Kontaktdaten

Телефонски / мобилен број: Telefon-/Handynummer:	_____
Е-маил:	_____
Моментална адреса (ул./бр./место): Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):	_____
Телефонски број на преведувачот / толкувачот: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:	_____

Ве молиме одговорете ги следните прашања во врска со Вашата здравствена состојба што поточно можете! Податоците подлежат на лекарскиот завет за молчење и на одредбите за заштитата на податоците и ќе бидат обработени строго доверливо.

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.

Заболувања на срце / крвоток Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein	Дали постои бременост? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
Пречки на згрутчување на крвта Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Ако да, во кој месец? Wenn ja, in welchem Monat?	месец Monat
Тегоби со напади (епилепсија) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Останати заболувања: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Астма/заболување на белите дробови Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не		
Напади на несвестица Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не		
Дијабетес/шеќерна болест Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не		
Болести на црн дроб/хепатитис Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не		
Заболување на бубрези Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не		
Реума/артритис Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не		
Болести на штитна жлезда Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Алергии односно неподносливости: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Туберкулоза Tuberkulose	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Локална анестезија/инекции Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
ХИВ-инфекција/стадиум СИДА HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Антибиотици Antibiotika	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Инфективни болести (на пр. МРСА) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Лекарства против болки Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Зависност од дроги Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Други: Andere:	
Пушач Raucher	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не			

Дали кај Вас се веќе направени заболкарски рентгентски снимки?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

да не
ja nein

Ако да, тогаш кога?

Wenn ja, wann?

Дали заради недостатокот на заби имате проблеми со цвакањето?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

да не

Дали веќе сте биле кај општ лекар?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

да не

Ако да, кај кој лекар?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Кои лекови ги зимате редовно односно во моментов?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... од.....
seit

..... од

..... од

....., од

, den

Потпис:

Unterschrift: