

4. (français)

## Questionnaire - Soins d'urgence et problèmes linguistiques

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:  
Datum:

Patient (nom, prénom):  
Patient (Name, Vorname):

Date de naissance:  
Geburtsdatum:

#### Veillez répondre **vous-même** aux questions suivantes:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

- Où ressentez-vous des douleurs?  Mâchoire supérieure  à droite  à gauche  à l'avant  à l'arrière  
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
- Mâchoire inférieure  à droite  à gauche  à l'avant  à l'arrière  
Unterkiefer rechts links vorne hinten
- Depuis combien de jours déjà ressentez-vous ces douleurs?  1 jour  2 jours  3 jours  plus de 3 jours  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage
- Quelle est l'intensité de vos douleurs?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = faible, 10 = intenable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)
- Décrivez la douleur:  sourde  lancinante  palpitante  intermittente  ininterrompue  
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen
- Avez-vous une joue enflée (abcès, accumulation de pus)?  oui  non  
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein
- Depuis quand avez-vous la joue enflée?  1 jour  2 jours  3 jours  plus de 3 jours  
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Prenez-vous des médicaments?  oui  non  
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Avez-vous vos médicaments sur vous?  oui  non  
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Analgsiques?  oui  non  
Schmerztabletten? ja nein

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Antibiotiques?  oui  non  
Antibiotika? ja nein

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Anticoagulants?  oui  non  
Blutverdünner? ja nein

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

---

## Mesures à prendre

Notwendige Maßnahmen

### Les indications ci-dessous doivent être complétées par le dentiste:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Je voudrais prendre les mesures suivantes dans votre cas:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Radiographie

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Extraction de la dent

Zahn muss gezogen werden

Plombage

Zahn benötigt eine Füllung

Traitement des racines de la dent

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Piqûre anesthésiante

Betäubungsspritze für den Zahn

Ouverture de l'abcès

Abszess muss aufgeschnitten werden

Je n'ai pas d'autres questions à poser au dentiste et je suis d'accord avec les mesures proposées.

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

oui

ja

non

nein

Signature du patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Un autre  rendez-vous pour soins/  contrôle est nécessaire.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Veuillez vous présenter à nouveau le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures au cabinet dentaire.

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

Transfert à un parodontiste, orthodontiste, spécialiste de la chirurgie maxillo-faciale pour la poursuite du traitement .

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

D'autres soins  sont nécessaires, pour lesquels la prise en charge des frais conformément à la loi sur le travail des requérants d'asile n'est pas possible.

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

Cachet du cabinet dentaire  
Praxisstempel

Remarques:

Hinweis:

Pour le prochain rendez-vous, veuillez vous faire accompagner d'une personne parlant la langue.

Si vous ne l'avez pas déjà fourni, veuillez vous munir de votre certificat de traitement médical.

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

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