

(kurdisch-kurmandschi)

## Pirsên zaniyarî di derheqa nexweşan de Patientenerhebungsbogen

Navê Malbatê: Familiennamen:	_____	Nav: Vorname:	_____
Roja ji dayikbûnê: Geburtsdatum:	_____	Nasnama welat: (Hemwelatî): Staatsangehörigkeit:	_____
Welatê resen (bingehîn): Herkunftsland/-ort:	_____		
Zimanzanî (çend zimanan dizanê): Sprachkenntnisse:	_____		

### Tenê jibo zarokên piçûk (di bin 18 salî de) / Perpîrsê perwerdekirinê (xwedîkirinê)

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Navê Malbatê: Familiennamen:	_____	Nav: Vorname:	_____
Roja ji dayikbûnê: Geburtsdatum:	_____	Nasnama welat: (Hemwelatî): Staatsangehörigkeit:	_____

### Danustandin (pêwndî)

Kontakt Daten

Telefon- / hejmara Tel. destan: Telefon-/Handynummer:	_____
E-Mail (posta elektronî): E-Mail	_____
Navnîşana vêgavê (Navê kolanê./Hejmara malê./cih, bajar): Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):	_____
Hejmara Telefona alîkarê ziman / Wergêr (Tercûman) Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:	_____

Ji kerema xwe bersiva van pirsên li jêr derheqa (sebareti bi) rewşa we a tendrustî, bi eşkera û rastî bidin! Ew zaniyarî hemû dikevin jêr erkên bêdengiya Textoran de û bi pîvanên parastina nehênîyên kesayeti tene parastinê, û li ba kesên ku cihê baweriyê ne (yanî ew bi tenê li ba Textoran) dimênin.

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.

Nexweşiya Dil-/ yanjî li hevgerandina xwînê? Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na ja nein	<b>Ducanî (Avis, bi hemilî)?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na ja nein
Nexweşiya kêmbûna xwînê heyê Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Heger erê be, meha (heyva) çenda ye? .....heyva Wenn ja, in welchem Monat?	..... Monat
Sergêjiya (ketina erdê) ji nişkêve (Epilepsi) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Nexweşiyên din (main, jibilî wan): Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Asthma/nexweşiyên singê, bêhdanê Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Ji ser hişçûn (bêhişbûn) Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Diabetes/nexweşiyên şekir Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên kezebê/ zerika reş (Hepatitis) Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên gurçikê Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên bawî, badarî (romatîzmê) Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên zenglorikê (qirik, toşbî- xudda dereqî) Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Nexweşiyên Hestiyarî ( elergi, hesasiyet): Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	
Êşa zirav (Sil, Tuberkulose) Tuberkulose	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Bêhişkirina cihkî/Derziya ji hişbirinê Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Nexweşiya qelsbûna bergirîya laş (AIDS) HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Hebên dijeçilk (Antibiotika) Antibiotika	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Nexweşiyên wergirtina mîkropan: weke baktêriya girover a zêrînî (mesela MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Dermanê dijî êşê Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Madeyên hişbirinê (mûxederat) dikşênê Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Tiştên din: ..... Andere:	
Çixarekêşî (çixara vedixwê): Raucher	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na		

Wêneyên (sûretên) tîrêja ênergî (Röntgen) berî niha ji te re hatine girtin ê?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

erê  na  
ja nein

Heger erê, kengî (çi demê, kîjan salê)?.....

Wenn ja, wann?

Jiber hilkirina dirana (diranên ketî) çetnahî (zehmetiyên) cûtina xwarinê li bat e heye?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

erê  na

**Ti tucarî çûyî ba Textorê nexweşiyên giştî?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

Heger erê, li ba kîjan textorî? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

erê  na

Ti çi dermanan berdewam dixwe, yanî vêgavê (halêhazir)

ti çi dermanî dixwe?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... Ji kengî ve .....  
seit

..... Ji kengî ve .....

..... Ji kengî ve .....

..... , Li roja .....  
, den

Îmze:.....  
Unterschrift: