

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