

Tedawie u derman kerdena lerz de hete zon ra fam nêbiayene rê formê persi Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Dem: _____
Datum: _____

Nêwes (Vername, pêname): _____
Patient (Name, Vorname)

Demê biene: _____
Geburtsdatum:

Kerem ke cüabe ni persu bide:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Decê tu kot esto? Çena cori heto raşt heto çep verde peyde
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
 Çena ceri heto raşt heto çep verde peyde
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Çand rozê ke decê tu estê? 1 roze 2 roji 3 roji 3 rozu ra jede
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Decê tu çixa deyraê? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1= zaf senik, 10 = endi damisê ci nêben) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Decê xu tarif bike: buxin jê derjen saneno ci dano piro dem dem daim bêvînetene
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Gepa sima/tu mosa (Absçes/rêm vecio)? hia nê
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Çi wexto ke gepa sima/tu mosa? 1 roze 2 roji 3 roji 3 rozu ra jede
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Sima dermon/ilac cenê? hia nê
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Dermon/ilac nika lewe sima de ro? hia nê
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Dermonê deci? hia nê
Schmerztabletten? ja nein

Antibiotika? hia nê
Antibiotika? ja nein

Gon tenkek kerde? hia nê
Blutverdünner? ja nein

Eke hia, kamci/senen: _____
Wenn ja, welche:

Eke hia, kamci/senen: _____
Wenn ja, welche:

Eke hia, kamci/senen: _____
Wenn ja, welche:

Tedbirê zaruri

Notwendige Maßnahmen

Ni malumatê ke têyenê Doxtorê didani ebê xu nuse keno:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Ez wacon ke ni tedbiru/vergureto sima da bikeri:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Resimê röntgen viraştene
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Dıdan gerek biwencio
Zahn muss gezogen werden

Dıdan rê pırr kerdene luzımo
Zahn benötigt eine Füllung

Dıdan rê tedawie aze luzımo
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Dıdan rê derjena narkose/sersem kerdene
Betäubungsspritze für den Zahn

Rê m gereke ebe birnais akerio
Abszess muss aufgeschnitten werden

Ninu ra ber persê mı Doxtorê didanu rê çinê u ez tedbirê/vergureteê ke nisan kerdê qabul kon.

hia
ja

nê
nein

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

Îmıza nêwesi/nêwese: _____

Unterschrift Patient



Reina termine tedawi/ termine kontrolî luzımo.

Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Kerem ke demê _____ sahate _____ de bierê muayenexane.

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

Saba verdewamê tedawie şırurgeê feki, çena u ri hawale

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Zobina tedawi luzımo, qanunê multeciu rê gore masrafê ninu daenê bêhimkano.

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

Nisonê zanedaene:

Hinweise:

Keremê xo ra sima ke amai termino reina lewe xo de ju zonzander/-e tey biarê.

Xo ra ke ‚Kaxita tedawi kerdene‘ xonia nêrusna ma nae xo de tey biarê.

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

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

Mohre muayenxane

Praxisstempel