

Formular za lečenje u slučaju nužde kod jezične barijere

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____
Datum:

Bolesnik (prezime, ime): _____
Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja: _____
Geburtsdatum:

Molimo odgovorite na sledeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gde vas boli? Gornja vilica desno levo napred nazad
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten

Donja vilica desno levo napred nazad
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Koliko dana već osećate bolove? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Koliko jaki su vaši bolovi? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = slabi, 10 = nisu više izdržljivi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol: tupa probada pulsira povremena neprekidna
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Jesu li vam otekli obrazi (apsces, nakupljanje gnoja)? da ne
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Otkad su vam natekli obrazi? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Uzimate li lekove? da ne
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Imate li lekove kod sebe? da ne
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Tablete protiv bolova? da ne Ako da, koje: _____
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche:

Antibiotici? da ne Ako da, koje: _____
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche:

Antikoagulantni? da ne Ako da, koje: _____
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche:

Potrebne mere

Notwendige Maßnahmen

Sledeće napomene treba ispuniti stomatolog:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Želim da provedete sledeće mere:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

izrada rendgenskog snimka
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

potrebno je izvaditi zub
Zahn muss gezogen werden

potrebno je staviti plombu
Zahn benötigt eine Füllung

potrebno je lečenje korena
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

inekcija s anestezijom za zub
Betäubungsspritze für den Zahn

potrebno je rezati apsces
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam dodatnih pitanja za stomatologa i suglasan/suglasna sam s merama označenim krstom. da ne
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden. ja nein

Potpis pacijenta: _____
Unterschrift Patient

Potreban je dodatan pregled za lečenje / pregled za kontrolu.
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Molimo dođite ponovno u ordinaciju dana _____ u _____ sati.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Upućivanje oralnom hirurgu, maksilofacijalnom hirurgu na daljnje lečenje
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Postoji potreba za dodatno lečenje za koje nije moguće preuzimanje troškova prema Zakonu o plaćanju tražiteljima azila.

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

Pečat ordinacije
Praxisstempel

Napomena:

Hinweise:

Kod sledećeg pregleda povedite osobu koja govori jezik.

Ako još niste predali potvrdu za lečenje bolesnika, ponesite je sledeći put.

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

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