

(englisch)

## Patient questionnaire

### Patientenerhebungsbogen

<b>Last name:</b> Familiennamen:	_____	<b>First name:</b> Vorname:	_____
<b>Date of birth:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Nationality:</b> Staatsangehörigkeit:	_____
<b>Country/place of origin:</b> Herkunftsland/-ort:	_____		
<b>Language skills:</b> Sprachkenntnisse:	_____		

#### Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

<b>Last name:</b> Familiennamen:	_____	<b>First name:</b> Vorname:	_____
<b>Date of birth:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Nationality:</b> Staatsangehörigkeit:	_____

#### Contact information

Kontaktdaten

**Phone/mobile number:** \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer:

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Current address (street / house number / city):** \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

**Phone number of language intermediary/interpreter:** \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

**Please answer the following questions about your health as accurately as possible!** The data is subject to medical confidentiality and data protection provisions and is kept strictly confidential.

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.

<b>Cardiovascular disease</b> Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	<b>Are you pregnant?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
<b>Blood coagulation (clotting) disorder</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>If so, in which month?</b> Wenn ja, in welchem Monat?	.....month Monat	
<b>Seizure disorders (epilepsy)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Other illnesses:</b> Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>Asthma/lung diseases</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Fainting</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Diabetes</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Liver disease / hepatitis</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Kidney diseases</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Rheumatism/arthritis</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Thyroid disease</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Allergies or intolerances:</b> Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
<b>Tuberculosis</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Local anaesthesia/injections</b>	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>HIV infection / AIDS stage</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Antibiotics</b>	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>Infectious diseases (e.g. MRSA)</b> Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Pain killers</b>	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>Drug addiction</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Other:</b> .....		
<b>Smoker</b> Raucher	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Andere:		

**Have you already had dental X-rays made?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

yes  no  
ja nein

If so, when? .....

Wenn ja, wann?

**Do you have difficulty chewing due to missing teeth?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

yes  no

**Have you already been to a general practitioner?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

yes  no

If so, what is the physician's name? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Which medications do you take on a regular basis or are you taking right now?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... since .....  
seit  
..... since .....  
..... since .....

Place....., Date.....  
den

Signature:.....  
Unterschrift: