

زانباری و پرسیار له باری نه خووشی Patientenerhebungsbogen

<p>ناو: Vorname:</p> <p>هه مولاتی: Staatsangehörigkeit:</p>	<p>نازناو: Familiename:</p> <p>روژی له دایکبوون: Geburtsdatum:</p> <p>ولاتی بنه رهنی / شوین: Herkunftsland/ -ort:</p> <p>زمانزانی (چهند زمان دهزانی): Sprachkenntnisse:</p>
---	---

ته نیا بو مندالی کمه ته مهن (له ژیر 18 سالیدا): به پررسی په روه رده (به خوکهر)
Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter:

<p>ناو: Vorname:</p> <p>هه مولاتی: Staatsangehörigkeit:</p>	<p>نازناو: Familiename:</p> <p>روژی له دایکبوون: Geburtsdatum:</p>
---	--

شبووه بی پنه نیکردن Kontaktdaten

تله فون - / ژماره ی تله فونی دهست: Telefon-/Handynummer:

ئیمیل (پوستی نه لیکترونی): E-Mail:

ناو نیشانی ئیستا (ناوی کولان. / ژماره ی خانو. / شار) Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

ژماره ی تله فونی وه رگیر یان یارمه تیدهری زمان: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

تکاپه به گوپهری توانا وه لآمی نهم پرسیارانه ی خواره وه سه باره ت به تندرستی خۆت به ته وای بدهره وه.
وه لآمه کانت نه که ونه خانه ی نه هینی پزیشک و پاراستنی زانباری که سایه تی و به متمانه یی مامه له له گه ل ده کرت.

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><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> دوو گیانیت؟ nein ja Besteht eine Schwangerschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه گهر به لئ نه وه مانگی چه نده؟ nein ja Wenn ja, in welchem Monat?</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی تر nein ja Sonstige Erkrankungen</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> هه ستوکی (چه ساسیبه ت) دژ به: nein ja Allergien bzw. Unverträglichkeiten:</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> ده رزی ده رمانی هوشبهری nein ja Lokalanästhesie/Spritzen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> دژه چلک (نانتی بیوتیک) nein ja Antibiotika</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> ده رمانی نازار nein ja Schmerzmittel</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> هیت (هه.ت.د.) nein ja Andere:</p>	<p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> دل - / نه خووشی سوورانه وه ی خوین nein ja Herz-/Kreislaufkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی مه یاندنی خوین nein ja Blutgerinnungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> فی لیهاتن (صه ره ع . ئیپیلنکسی) nein ja Anfallsleiden (Epilepsi)</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> هه ناسه گیری (ناسما) nein ja Asthma/Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> له هوش چون nein ja Ohnmachtsanfälle</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی شه کر (شه کره، دیابتس) nein ja Diabetes/Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی جگهر (هتپاتیس) nein ja Lebererkrankung/Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی گورچله nein ja Nierenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> باداری (نازاری جومگه - روماتیزم) nein ja Rheuma/Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی نه لگ (غده ده ره قیه) nein ja Schilddrüsenerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی کانی سی nein ja Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> دابه زنی توانای کوئدامی به رگری لهش (نایدس) nein ja HIV-Infektion/Stadium AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> نه خووشی که زور بلاوده بنه وه، وه کو باکتیریا (مارسا) nein ja Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> به کاره یانی ماده یی هوشبهر nein ja Drogenabhängigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/> جگاره کیشی nein ja Raucher</p>
--	--

نا بهلى
nein ja

نايه پيشتر لاي پزيشكى دان ونيهي سونهر بوت گيراوه يان نا؟
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ئهگهر بهلى - كهى؟
Wenn ja, wann?

نا بهلى
nein ja

نايه له بهر بيدانى (دان ههلكهندن) زهحمهتي ئهيينى له كاتى خواردن جوين
Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

نا بهلى
nein ja

نايه چوى لاي پزيشكى گشتى؟
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?
ئهگهر بهلى ، ئهوه لاي كام پزيشك:
Wenn ja, bei welchem Arzt?

له كهيهوه
seit

نايه به بهردهوامى هيچ دهرومانيك ئهيهى (دهخوى) ؟ يان ئىستا؟
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... شوين له بهروارى (ئيمزه).....
Ort, den Unterschrift: