

## Формулар за податоци на пациентот Patientenerhebungsbogen

Презиме: \_\_\_\_\_  
Familiename: \_\_\_\_\_  
Датум на раѓање: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Држава / место на раѓање: \_\_\_\_\_  
Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_  
Јазичи: \_\_\_\_\_  
Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

Име: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Државјанство: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Само кај малолетни лица старателот

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Презиме: \_\_\_\_\_  
Familiename: \_\_\_\_\_  
Датум на раѓање: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Име: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Државјанство: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Контактни податоци

Kontaktdaten

Телефонски / мобилен број: \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

Е-маил: \_\_\_\_\_

Моментална адреса (ул./бр./место): \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

Телефонски број на преведувачот /  
толкувачот: \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

### Ве молиме одговорете ги следните прашања во врска со Вашата здравствена состојба што поточно можете! Податоците подлежат на лекарскиот завет за молчење и на одредбите за заштитата на податоците и ќе бидат обработени строго доверливо.

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.

Заболувања на срце / крвоток Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
Пречки на згрутчување на крвта Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Тегоби со напади (епилепсија) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Астма/заболување на белите дробови Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Напади на несвестица Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Дијабетес/шеќерна болест Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Болести на црн дроб/хепатитис Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Заболување на бубрези Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Реума/артритис Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Болести на штитна жлезда Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Туберкулоза Tuberkulose	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
ХИВ-инфекција/стадиум СИДА HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Инфективни болести (на пр. МРСА) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Зависност од дроги Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Пушач Raucher	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не

Дали постои бременост?  да  не  
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein  
Ако да, во кој месец? .....месец  
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Останати заболувања:  да  не  
Sonstige Erkrankungen

.....  
.....  
.....  
.....

Алергии односно неподносливости:  
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:  
Локална анестезија/инекции  да  не  
Lokalanästhesie/Spritzen  
Антибиотици  да  не  
Antibiotika  
Лекарства против болки  да  не  
Schmerzmittel

Други: .....  
Andere:

**Дали кај Вас се веќе направени заболкарски рентгентски снимки?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

да  не  
ja nein

Ако да, тогаш кога? .....

Wenn ja, wann?

**Дали заради недостатокот на заби имате проблеми со цвакањето?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

да  не

**Дали веќе сте биле кај општ лекар?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

да  не

Ако да, кај кој лекар? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Кои лекови ги зимате редовно односно во моментов?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... од.....  
seit

..... од .....

..... од .....

....., од .....

, den

Потпис: .....

Unterschrift: