

(usbekisch)

Bemor so'rovnomasi Patientenerhebungsbogen

Familiyasi: Familiename:	_____	Ismi: Vorname:	_____
Tug'ilgan sanasi: Geburtsdatum:	_____	Fuqaroligi: Staatsangehörigkeit:	_____
Qaysi davlat va joydan kelgan: Herkunftsland/-ort:	_____		
Til bilimlari: Sprachkenntnisse:	_____		

Faqat voyaga yetmaganlar uchun: Vasiy

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Familiyasi: Familiename:	_____	Ismi: Vorname:	_____
Tug'ilgan sanasi: Geburtsdatum:	_____	Fuqaroligi: Staatsangehörigkeit:	_____

Aloqa uchun ma'lumotlar

Kontaktdaten

Uy yoki qo'l telefoni raqami: _____
Telefon-/Handynummer:

E-mail: _____

Hozirda turar joyi
(ko'cha / uy raqami / shahar): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Tarjimonning telefon raqami: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Sog'ligingiz borasida berilayotgan quyidagi savollarga iloji boricha aniq javob bering! Siz berayotgan ma'lumotlar doktorlik siri va ma'lumotlar himoyasi qonun-qoidalariga muvofiq himoyalangani va qat'iy sir saqlanadi.

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.

Yurak yoki qon aylanishi Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ha ja	<input type="checkbox"/> yo'q nein
Qon quyulishining qiyinlashuvi Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Tutqanoq (epilepsiya) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Astma / o'pka kasalliklari Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Hushidan ketish Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Diabet / qand kasalligi Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Jigar kasalliklari / gepatit Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Buyrak kasalliklari Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Revmatizm (bod) / artrit Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Qalqonsimon bez kasalligi Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Sil kasalligi (tuberkulyoz) Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
OIV infeksiyasi / OIDS bosqichi HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Yuqumli kasalliklar (masalan MRSA, metitsillinga chidamli stafilokokklar) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Giyohvand moddalar iste'moli Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
Chekish Raucher	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q

Siz homiladormisiz? ha yo'q
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Agar ha bo'lsa, nechanchi oyda? oy
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Boshqa kasalliklar: ha yo'q
Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergiyalar yoki dorilarni bir biriga mos kelmasligi:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Qisman anesteziya / shprints ha yo'q
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotiklar ha yo'q
Antibiotika

Og'riqni qoldiruvchi vosita ha yo'q
Schmerzmittel

Boshqa:
Andere:

Tish doktori muolajasi paytida rentgenga tushganmisiz?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ha yo'q
ja nein

Agar ha bo'lsa, qachon?

Wenn ja, wann?

Tishlaringiz yo'qligi sababli chaynashga qiynalasizmi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

ha yo'q

Umumiy amaliyot shifokoriga bordingizmi?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ha yo'q

Agar ha bo'lsa, qaysi doktorga?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Qaysi dorilarni muntazam yoki hozirda ichasiz (ishlatasiz)?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... dan beri
seit

..... dan beri

..... dan beri

..... ,

(joy va sana)

, den

Imzo:

Unterschrift: