

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

- Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
 Unterkiefer rechts links vorne hinten
- Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage
- Wie stark sind Ihre Schmerzen? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1= schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)
- Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen
- Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein
- Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Haben Sie die Medikamente dabei? ja nein

Schmerztabletten? ja nein

Antibiotika? ja nein

Blutverdünner? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, welche: _____

Notwendige Maßnahmen

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- Anfertigung einer Röntgenaufnahme
- Zahn muss gezogen werden
- Zahn benötigt eine Füllung
- Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung
- Betäubungsspritze für den Zahn
- Abszess muss aufgeschnitten werden

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden. ja nein

Unterschrift Patient: _____



Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.
Bitte kommen Sie am _____ um _____ Uhr erneut in die Praxis.

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

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

Hinweise:

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Praxisstempel