

Questionnaire for emergency treatment with language barrier

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:
Datum:

Patient (last, first name): _____
Patient (Name, Vorname):

Date of birth: _____
Geburtsdatum:

Please answer the following questions yourself:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Where do you feel pain? Upper jaw right left front back
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
 Lower jaw right left front back
Unterkiefer rechts links vorne hinten

For how many days have you had this pain already? 1 day 2 days 3 days more than 3 days
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

How strong is your pain? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = not so bad, 10 = unbearable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Describe the pain: dull sharp pulsing at intervals continuous
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Do you have a "swollen cheek" (abscess, pus)? yes no
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

How long have you had a "swollen cheek"? 1 day 2 days 3 days more than 3 days
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Are you taking any medicines? yes no
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Do you have any medicines with you? yes no
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Pain killers? yes no
Schmerztabletten? ja nein

If you answered yes, which type: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotics? yes no
Antibiotika? ja nein

If you answered yes, which type: _____
Wenn ja, welche:

Blood thinners? yes no
Blutverdünner? ja nein

If you answered yes, which type: _____
Wenn ja, welche:

Necessary measures

Notwendige Maßnahmen

The following section is to be completed by the dentist:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

I would like to conduct the following measures for you:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

X-ray
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Tooth needs to be pulled
Zahn muss gezogen werden

Tooth needs a filling
Zahn benötigt eine Füllung

Tooth needs root canal treatment
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Anaesthetic injection for the tooth
Betäubungsspritze für den Zahn

Abscess must be cut open
Abszess muss aufgeschnitten werden

I have no further questions for the dentist and I agree with indicated measures.

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

yes no
ja nein

Patient signature: _____
Unterschrift Patient



A further treatment/ check-up appointment is required.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Please come back to the practice on _____ at _____.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Transfer to oral, orthodontic, maxillofacial surgeons for further treatment .

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

Further treatment is required, for which reimbursement is not possible according to the Asylum Seekers Benefits Act.

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

Practice stamp
Praxisstempel

Notes:

Hinweise:

Please bring a person for the next appointment who can speak the language.

If not yet submitted, please bring your treatment voucher (Krankenbehandlungsschein).

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.