

Questionnaire - Soins d'urgence et problèmes linguistiques

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:
Datum:

Patient (nom, prénom):
Patient (Name, Vorname):

Date de naissance:
Geburtsdatum:

Veillez répondre **vous-même** aux questions suivantes:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Où ressentez-vous des douleurs? Wo haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Mâchoire supérieure Oberkiefer	<input type="checkbox"/> à droite rechts	<input type="checkbox"/> à gauche links	<input type="checkbox"/> à l'avant vorne	<input type="checkbox"/> à l'arrière hinten					
	<input type="checkbox"/> Mâchoire inférieure Unterkiefer	<input type="checkbox"/> à droite rechts	<input type="checkbox"/> à gauche links	<input type="checkbox"/> à l'avant vorne	<input type="checkbox"/> à l'arrière hinten					
Depuis combien de jours déjà ressentez-vous ces douleurs? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?	<input type="checkbox"/> 1 jour 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 jours 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 jours 3 Tage	<input type="checkbox"/> plus de 3 jours mehr als 3 Tage						
Quelle est l'intensité de vos douleurs? Wie stark sind Ihre Schmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	(1 = faible, 10 = intenable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)									
Décrivez la douleur: Beschreiben Sie den Schmerz:	<input type="checkbox"/> sourde dumpf	<input type="checkbox"/> lancinante stechend	<input type="checkbox"/> palpitante klopfend	<input type="checkbox"/> intermittente zeitweise	<input type="checkbox"/> ininterrompue ununterbrochen					
Avez-vous une joue enflée (abcès, accumulation de pus)? Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?	<input type="checkbox"/> oui ja		<input type="checkbox"/> non nein							
Depuis quand avez-vous la joue enflée? Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?	<input type="checkbox"/> 1 jour 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 jours 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 jours 3 Tage	<input type="checkbox"/> plus de 3 jours mehr als 3 Tage						

Prenez-vous des médicaments?
Nehmen Sie Medikamente?

oui
ja

non
nein

Avez-vous vos médicaments sur vous?
Haben Sie Medikamente dabei?

oui
ja

non
nein

Analgésiques?
Schmerztabletten?

oui
ja

non
nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotiques?
Antibiotika?

oui
ja

non
nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Anticoagulants?
Blutverdünner?

oui
ja

non
nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Mesures à prendre

Notwendige Maßnahmen

Les indications ci-dessous doivent être complétées par le dentiste:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Je voudrais prendre les mesures suivantes dans votre cas:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Radiographie

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Extraction de la dent

Zahn muss gezogen werden

Plombage

Zahn benötigt eine Füllung

Traitement des racines de la dent

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Piqûre anesthésiante

Betäubungsspritze für den Zahn

Ouverture de l'abcès

Abszess muss aufgeschnitten werden

Je n'ai pas d'autres questions à poser au dentiste et je suis d'accord avec les mesures proposées.

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

oui non
ja nein

Signature du patient: _____

Unterschrift Patient

Un autre rendez-vous pour soins/ contrôle est nécessaire.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Veillez vous présenter à nouveau le _____ à _____ heures au cabinet dentaire.

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

Transfert à un parodontiste, orthodontiste, spécialiste de la chirurgie maxillo-faciale pour la poursuite du traitement .

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

D'autres soins sont nécessaires, pour lesquels la prise en charge des frais conformément à la loi sur le travail des requérants d'asile n'est pas possible.

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

Cachet du cabinet dentaire
Praxisstempel

Remarques:

Hinweis:

Pour le prochain rendez-vous, veuillez vous faire accompagner d'une personne parlant la langue.

Si vous ne l'avez pas déjà fourni, veuillez vous munir de votre certificat de traitement médical.

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

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