

Formular za lečenje u slučaju nužde kod jezične barijere

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____
 Datum: _____

Bolesnik (prezime, ime): _____
 Patient (Name, Vorname): _____

Datum rođenja: _____
 Geburtsdatum: _____

Molimo odgovorite na sledeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gde vas boli?
 Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Gornja vilica Oberkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> levo links	<input type="checkbox"/> napred vorne
<input type="checkbox"/> Donja vilica Unterkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> levo links	<input type="checkbox"/> nazad hinten

Koliko dana već osećate bolove?
 Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Koliko jaki su vaši bolovi?
 Wie stark sind Ihre Schmerzen?

<input type="checkbox"/> 1 (1 = slabi, 10 = nisu više izdržljivi)	<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 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol:
 Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> tupa dumpf	<input type="checkbox"/> probada stechend	<input type="checkbox"/> pulsira klopfend	<input type="checkbox"/> povremena zeitweise
<input type="checkbox"/> neprekidna ununterbrochen			

Jesu li vam otekli obrazi (apsces, nakupljanje gnoja)?
 Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Otkad su vam natekli obrazi?
 Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Uzimate li lekove?
 Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Imate li lekove kod sebe?
 Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Tablete protiv bolova?
 Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Ako da, koje: _____ Wenn ja, welche:
-----------------------------------	-------------------------------------	---

Antibiotici?
 Antibiotika?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Ako da, koje: _____ Wenn ja, welche:
-----------------------------------	-------------------------------------	---

Antikoagulanti?
 Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Ako da, koje: _____ Wenn ja, welche:
-----------------------------------	-------------------------------------	---

Potrebne mere

Notwendige Maßnahmen

Sledeće napomene treba ispuniti stomatolog:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Želim da provedete sledeće mere:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

izrada rendgenskog snimka

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

potrebno je izvaditi zub

Zahn muss gezogen werden

potrebno je staviti plombu

Zahn benötigt eine Füllung

potrebno je lečenje korena

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

inekacija s anestezijom za zub

Betäubungsspritze für den Zahn

potrebno je rezati apses

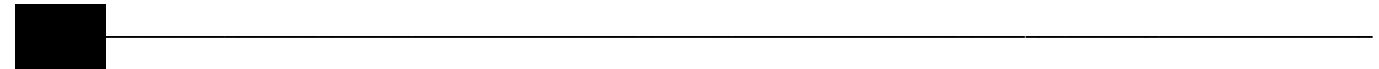
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam dodatnih pitanja za stomatologa i suglasan/suglasna sam s merama označenim krstom. da ne

ja

nein

Potpis pacijenta: _____
Unterschrift Patient



Potreban je dodatan pregled za lečenje / pregled za kontrolu.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Molimo dođite ponovno u ordinaciju dana _____ u _____ sati.

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

Upućivanje oralnom hirurgu, maksilofacialnom hirurgu na daljnje lečenje

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

Postoji potreba za dodatno lečenje za koje nije moguće preuzimanje troškova prema Zakonu o plaćanju tražiteljima azila.

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

Pečat ordinacije
Praxisstempel

Napomena:

Hinweise:

Kod sledećeg pregleda povedite osobu koja govori jezik.

Ako još niste predali potvrdu za lečenje bolesnika, ponesite je sledeći put.

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

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