

Dil bariyeri olması durumunda acil tedaviye ilişkin soru formu

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Tarih:
Datum:

Hasta (soyadı, adı):
Patient (Name, Vorname):

Doğum tarihi:
Geburtsdatum:

Siz aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Nerede ağrınız var?
Wo haben Sie Schmerzen?

üst çene
Oberkiefer

sağ
rechts

sol
links

ön
vorne

arka
hinten

alt çene
Unterkiefer

sağ
rechts

sol
links

ön
vorne

arka
hinten

Ağrılarınız kaç günden beri var?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 gün
1 Tag

2 gün
2 Tage

3 gün
3 Tage

3 günden fazla
mehr als 3 Tage

Ağrınız hangi şiddette?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= hafif, 10 = dayanılacak gibi değil) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Ağrınızı tarif ediniz:

Beschreiben Sie den Schmerz:

küt
dumpf

batıcı
stechend

zonklayıcı
klopfend

ara sıra
zeitweise

sürekli
ununterbrochen

"Yanağınızda şişlik" var mı (apse, irin birikimi)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

evet
ja

hayır
nein

Ne zamandan beri "yanağınızda şişlik" var?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 gün
1 Tag

2 gün
2 Tage

3 gün
3 Tage

3 günden fazla
mehr als 3 Tage

İlaç alıyor musunuz?

Nehmen Sie Medikamente?

evet
ja

hayır
nein

İlaçlarınız yanınızda mı?

Haben Sie Medikamente dabei?

evet

hayır?

evet
ja

hayır
nein

Ağrı kesici?

Schmerztabletten?

evet

hayır

ja

nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Antibiyotik?

Antibiotika?

evet

hayır

ja

nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Kan sulandırıcı?

Blutverdünner?

evet

hayır

ja

nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Gerekli işlemler

Notwendige Maßnahmen

Aşağıdaki bilgiler diş hekimi tarafından doldurulmalıdır:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sizde aşağıdaki işlemleri yapmak istiyorum:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Röntgen filmi çekimi

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Dişin çekilmesi gerekiyor

Zahn muss gezogen werden

Dişin doldurulması gerekiyor

Zahn benötigt eine Füllung

Dişin kanal tedavisine ihtiyacı var

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Diş için uyuşturucu iğne

Betäubungsspritze für den Zahn

Apsenin kesilip açılması gerekiyor

Abszess muss aufgeschnitten werden

Diş hekimine soracak başka sorularım yok ve işaretlenen işlemleri kabul ediyorum.

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

evet hayır

ja nein

İmza Hasta: _____

Unterschrift Patient



Başka bir tedavi için randevu / kontrol için randevu gerekli.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Lütfen _____ tarihinde saat _____ tekrar muayenehaneye geliniz.

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

Ağız, çene ve yüz cerrahisine ileri tedavi için sevk .

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

Mülteciler için Sosyal Yardım Kanunu'na göre masrafların üstlenilmesi mümkün olmayan başkaca bir tedavi ihtiyacı mevcuttur.

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

Muayenehane kaşesi

Praxisstempel

Bilgi:

Hinweise:

Lütfen bir sonraki randevuya her iki dili iyi bilen bir kişiyle birlikte gelin.

Eğer henüz vermediyseniz, lütfen hasta tedavi belgesini birlikte getiriniz.

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

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