



(arabisch)

استمارة حصر بيانات عن المريض لغرض العلاج الطبي كحالة طارئة في حالة عدم المقدرة على التفاهم اللغوي Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

التاريخ:

Datum: _____

المريض (الاسم والنسبة):

Patient (Name, Vorname): _____

تاريخ الولادة:

Geburtsdatum: _____

يرجى الرد على الاسئلة التالية:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

أين تشعر بالألم؟
Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> الفك العلوي	<input type="checkbox"/> الفك السفلي	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> الأمام	<input type="checkbox"/> hinten
<input type="checkbox"/> الفك السفلي	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> الأيمن	<input type="checkbox"/> الأيسر	<input type="checkbox"/> الأمام	<input type="checkbox"/> hinten

منذ كم يوم تشعر بهذا الألم؟
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> يوم واحد	<input type="checkbox"/> يومين	<input type="checkbox"/> 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 أيام	<input type="checkbox"/> 3 Tage	<input type="checkbox"/> أكثر من 3 أيام	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Tage
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	--

كم هي حدة الألم؟
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 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)
(10 = الألم لا يُحتمل، 1 = ضعيف)

وصف الألم:
Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> dumpf	<input type="checkbox"/> حاد	<input type="checkbox"/> حاد	<input type="checkbox"/> ضارب	<input type="checkbox"/> أحيانا	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> بلا انقطاع	<input type="checkbox"/> ununterbrochen
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

هل لديك تورم في الوجنة (دمل، خراج)؟
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> لا
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

منذ متى وجنتك متورمة؟
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> يوم واحد	<input type="checkbox"/> يومين	<input type="checkbox"/> 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 أيام	<input type="checkbox"/> 3 Tage	<input type="checkbox"/> أكثر من 3 أيام	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Tage
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	--

هل تتعاطى أدوية؟
Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> لا
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

هل أن الأدوية معك الآن؟
Haben Sie die Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> لا
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

مسكنات ألم؟
Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> لا	إن كان الجواب نعم فما هي هذه؟ Wenn ja, welche:	_____
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---	-------

مضادات حيوية؟
Antibiotika?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> لا	إن كان الجواب نعم فما هي هذه؟ Wenn ja, welche:	_____
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---	-------

مسيل للدم؟
Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> لا	إن كان الجواب نعم فما هي هذه؟ Wenn ja, welche:	_____
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---	-------

إجراءات ضرورية

Notwendige Maßnahmen

تملأ الملاحظات التالية من قبل طبيب الأسنان:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

أريد القيام بالإجراءات التالية في حالتك:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

التقاط صور أشعة سينية
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

لا بد من خلع السن
Zahn muss gezogen werden

السن بحاجة إلى حشوة
Zahn benötigt eine Füllung

السن بحاجة إلى علاج الجذر
Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung

حقنة مخدر للسن
Betäubungsspritze für den Zahn

لا بد من شق الدمل (الخراج)
Abszess muss aufgeschnitten werden

ليست لدي أسئلة أخرى أوجهها للطبيب وأنا موافق على القيام بالإجراءات المؤشر عليها.

ja نعم nein لا

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

توقيع المريض: _____

Unterschrift Patient



موعد متابعة طبية آخر ضروري. / موعد مراجعة آخر ضروري للعلاج

Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.

يرجى منك الحضور بتاريخ..... في الساعة..... إلى العيادة مجدداً.

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

تحويل إلى جراح أخصائي بالفم والفك وجراحة الوجه لغرض متابعة العلاج

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

ختم العيادة

Praxisstempel

أنت بحاجة إلى المزيد من العلاج الذي لا يمكن تغطية تكاليفه من قبل الدولة وفقاً لقانون إعانات اللاجئين.

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

ملاحظة: يرجى اصطحاب مترجم معك للموعد القادم. كما يرجى جلب شهادة صرف علاج طبي في حالة عدم تقديمك ذلك لحينه.

Hinweise:

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

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