

(kroatisch)

Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Pacijent (prezime, ime):

Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja:

Geburtsdatum:

Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gdje osjećate bolove?

Wo haben Sie Schmerzen?

Gornja čeljust
Oberkiefer

desno
rechts

lijevo
links

sprijeda
vorne

straga
hinten

Donja čeljust
Unterkiefer

desno
rechts

lijevo
links

sprijeda
vorne

straga
hinten

Koliko dana patite od tih bolova?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 dan
1 Tag

2 dana
2 Tage

3 dana
3 Tage

više od 3 dana
mehr als 3 Tage

Koliko jaki su ti bolovi?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol:

Beschreiben Sie den Schmerz:

tupa
dumpf

bode
stechend

pulsirajuća
klopfend

povremena
zeitweise

stalna
ununterbrochen

Imate li „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)? da ne

Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Od kada imate „debele obraze“?

Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

1 dan
1 Tag

2 dana
2 Tage

3 dana
3 Tage

više od 3 dana
mehr als 3 Tage

Uzimate li lijekove?

Nehmen Sie Medikamente?

da ne
ja nein

Imate li kod sebe lijekove?

Haben Sie Medikamente dabei?

da ne
ja nein

Tablete protiv bolova?

Schmerztabletten? ja nein

da ne
Wenn ja, welche:

Ako da, koje: _____

Antibiotik?

Antibiotika? ja nein

da ne
Wenn ja, welche:

Ako da, koji: _____

Razrjeđivači krvi?

Blutverdünner? ja nein

da ne
Wenn ja, welche:

Ako da, koji: _____

Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen

Sljedeće napomene popunjava **zubar**:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba

Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)

Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Šprica za neosjetljivost zuba

Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati

Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

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

da

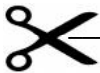
ja

ne

nein

Potpis pacijenta: _____

Unterschrift Patient



Potreban je dodatni termin liječenja/ kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovno dođite _____ u _____ sati u ordinaciju.

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

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi daljnje obrade .

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

Postoji potreba za dodatnim liječenjem za koje nije moguće podmirenje troškova
sukladno Zakonu o uslugama za azilante.

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

Žig ordinacije

Praxisstempel

Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite potvrdu o liječenju.

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

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