

پرسیار له کاتی چاره‌سەری فرباکه‌وتن ئەگەر گیروگرفتی زمان هه Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____

Patient (Name, Vorname): _____ : خوش (نازناو ، ناو)

Geburtsdatum: _____ : رۆژی له دایکبون

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen: **تکایه لامی ئەم پرسیارانه**

Wo haben Sie Schmerzen? **له کوێ نازارت ههیه؟**

<input type="checkbox"/> دواوه hinten	<input type="checkbox"/> لای چە vorne	<input type="checkbox"/> لای راست rechts	<input type="checkbox"/> لای چە links	<input type="checkbox"/> کانی سه Oberkiefer	<input type="checkbox"/> کانی خواره Unterkiefer
--	--	---	--	--	--

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? **ند رۆژه نازارت ههیه :**

زیاتر له سێ رۆژ سێ رۆژ دوو رۆژ یهک رۆژ
mehr als 3 Tage 3 Tage 2 Tage 1 Tag

Wie stark sind Ihre Schmerzen? **ههتێری نازارهکه**

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten) (1 = که = 10 زۆر بهههتیه)

Beschreiben Sie den Schmerz: **جۆرهی نازارهکهت چۆنه**

ununterbrochen zeitweise klopfend stechend dumpf

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? **(ت کردوه)؟**

لێ نێ
nein ja

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? **که یه**

زیاتر له سێ رۆژ سێ رۆژ دوو رۆژ یهک رۆژ
mehr als 3 Tage 3 Tage 2 Tage 1 Tag

Nehmen Sie Medikamente? **ی (ئهخۆی)**

لێ نێ
nein ja

Haben Sie Medikamente dabei? **هیچ درمانت پێ یه**

لێ نێ
nein ja

Schmerztabletten? **بی نازار**

_____ **لێ جۆرهکهی** لێ نێ
wenn ja, welche? nein ja

Antibiotika? **بی دز به چلک (ئانتی بیوتیک)**

_____ **لێ جۆرهکهی** لێ نێ
wenn ja, welche? nein ja

Blutverdünner? **رمانی خهستکردنه ی خوئین**

_____ **لێ جۆرهکهی** لێ نێ
wenn ja, welche? nein ja

نجامدانی پۆیست

Notwendige Maßnahmen

م پرسیارانە ی خوارە لایە پزشکی دان ، کرته .
Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

ئ ئەم جۆره پنداویستیانە بۆ تۆ ئە :
Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

گرتنی سۆنه
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

بێت دان هەلبکێشرت
Zahn muss gezogen werden

بێت دان پر بکرتە
Zahn benötigt eine Füllung

بێت رەگی دان چاره ر بکرت
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

رزی بئ هۆشی بۆ دان
Betäubungsspritze für den Zahn

تی دومەل بە پرین دەربکرت
Abszess muss aufgeschnitten werden

هیچ پرسیارم لە پزشکی دان نه و رازیم له نجامدانی چاره ری هەلبژێردراو بۆ دانم:
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

لی
nein ja

وازی (نیمزا) نهخۆش
Unterschrift Patient



بۆ جاری داهاوو: به وامی چاره رکردن پشکین پۆسته
Ein weiterer Behandlungstermin /Kontrolltermin ist nötig.

تکایه رۆزی..... کاتژمیر جاریکتر وه .
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

هینانی نامە رازیوون بۆ لای نشته ری ده
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

کری که پنی یاسای په ری نرخی چاره رکردن زیاتر نه
Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist.

ناگاداری:
Hinweise:

تکایه بۆ هاتنی داهاوت زمان وه رگپرێک له ل خۆت بهینه .
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

ی رازیوونی چاره رکردنت نه هیناریت ، تکایه جاری داهاوو بهینه .
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

مۆری عه پاده
Praxisstempel