



(kurdisch-zazza)

Tedawie u derman kerdena lertz de hete zon ra fam nêbiayene rê formê persi

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Dem: _____
Datum: _____

Nêwes (Vername, pêname): _____
Patient (Name, Vorname)

Demê biene: _____
Geburtsdatum: _____

Kerem ke cüabe ni persu bide:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Decê tu kot esto? Wo haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Óena cori Oberkiefer	<input type="checkbox"/> heto raşt rechts	<input type="checkbox"/> heto çep links	<input type="checkbox"/> verde vorne	<input type="checkbox"/> peyde hinten					
	<input type="checkbox"/> Óena ceri Unterkiefer	<input type="checkbox"/> heto raşt rechts	<input type="checkbox"/> heto çep links	<input type="checkbox"/> verde vorne	<input type="checkbox"/> peyde hinten					
Çand rozê ke decê tu estê? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?		<input type="checkbox"/> 1 roze 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 roji 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 roji 3 Tage	<input type="checkbox"/> 3 rozu ra jede mehr als 3 Tage					
Decê tu çixa deyraê? 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 = zaf senik, 10 = endi damisê ci nêben) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)									
Decê xu tarif bike: Beschreiben Sie den Schmerz:	<input type="checkbox"/> buxin dumpf	<input type="checkbox"/> jê derjen saneno ci stechend	<input type="checkbox"/> dano piro klopfend	<input type="checkbox"/> dem dem zeitweise	<input type="checkbox"/> daim bêvînetene ununterbrochen					
Gepa sima/tu mosa (Absçes/rêm vecio)? Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung) ?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Çi wexto ke gepa sima/tu mosa? Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“ ?	<input type="checkbox"/> 1 roze 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 roji 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 roji 3 Tage	<input type="checkbox"/> 3 rozu ra jede mehr als 3 Tage						
Sima dermon/ilac cenê? Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Dermon/ilac nika lewe sima de ro? Haben Sie Medikamente dabei?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Dermonê deci? Schmerztabletten?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Antibiotika? Antibiotika?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Gon tenkek kerde? Blutverdünner?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								

Eke hia, kamci/senen: _____

Wenn ja, welche:

Eke hia, kamci/senen: _____

Wenn ja, welche:

Eke hia, kamci/senen: _____

Wenn ja, welche:

Tedbirê zaruri

Notwendige Maßnahmen

Ni malumatê ke têyenê Doxtorê didani ebê xu nuse keno:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Ez wacon ke ni tedbiru/vergureto sima da bikeri:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Resimê röntgen viraştene

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Didan gerek biwencio

Zahn muss gezogen werden

Didan rê pîrr kerdene luzîmo

Zahn benötigt eine Füllung

Didan rê tedawie aze luzîmo

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Didan rê derjena narkose/sersem kerdene

Betäubungsspritze für den Zahn

Rêm gereke ebe birnais akerio

Abszess muss aufgeschnitten werden

Ninu ra ber persê mî Doxtorê didanu rê çinê u ez tedbirê/vergureteê ke nisan kerdê qabul kon.

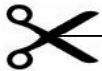
hia
ja

nê
nein

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

Îmîza nêwesi/nêwese: _____

Unterschrift Patient



Reina termine tedawi/ termine kontrolî luzîmo.

Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Kerem ke demê _____ sahate _____ de bierê muayenexane.

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

Saba verdewamê tedawie şîrurgeê feki, çena u ri hawale

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Zobina tedawi luzîmo, qanunê multeciu rê gore masrafê ninu daenê bêhimkano.

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

Nisonê zanedaene:

Hinweise:

Keremê xo ra sima ke amai termino reina lewe xo de ju zonzander/-e tey biarê.

Xo ra ke ‚Kaxita tedawi kerdene‘ xonia nêrusna ma nae xo de tey biarê.

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

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

Mohre muayenxane

Praxisstempel