



(mazedonisch)

## Формулар за итна интервенција во случај на јазична бариера

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Датум: \_\_\_\_\_  
Datum:

Пациент (презиме, име): \_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname)

Датум на раѓање: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

#### Ве молиме **Ви** одговорете ги следните прашања:

Bitte beantworten **Sie** die nachfolgenden Fragen:

Каде имате болки? Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Горна вилица Oberkiefer	<input type="checkbox"/> десно rechts	<input type="checkbox"/> лево links	<input type="checkbox"/> напред vorne	<input type="checkbox"/> назад hinten
<input type="checkbox"/> Долна вилица Unterkiefer	<input type="checkbox"/> десно rechts	<input type="checkbox"/> лево links	<input type="checkbox"/> напред vorne	<input type="checkbox"/> назад hinten

Колку денови веќе ги имате болките? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 ден 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 ден 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 дена 3 Tage	<input type="checkbox"/> повеќе од 3 дена mehr als 3 Tage
---	--	---	--

Колку се силни болките? Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1= слаби, 10 = не се издржуваат повеќе) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

<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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Опишете ја болката: Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> тапа dumpf	<input type="checkbox"/> бодливава stechend	<input type="checkbox"/> пулсирачка klopfend	<input type="checkbox"/> одвреме навреме zeitweise	<input type="checkbox"/> непрекината ununterbrochen
--	--	---	---	--

Дали имате „здебелен образ“ (апсцес, насобрано гној)? Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Од кога имате „здебелен образ“? Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

<input type="checkbox"/> 1 ден 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 дена 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 дена 3 Tage	<input type="checkbox"/> повеќе од 3 дена mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Дали пиете лекови? Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Дали ги носите со себе лековите? Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Таблети за болки? Schmerztabletten?  да ja  не nein Ако да, кои: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Антибиотици? Antibiotika?  да ja  не nein Ако да, кои: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Разредувачи на крв? Blutverdünner?  да ja  не nein Ако да, кои: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

# Неопходни мерки

Notwendige Maßnahmen

## Следниве информации треба да се исполнат од страна на заболекарот:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

### Следните мерки сакам да ги направам кај Вас:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Изработка на рентгентска снимка   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Забот мора да се вади   
Zahn muss gezogen werden

Забот треба да се пломбира   
Zahn benötigt eine Füllung

Кај забот треба да се лекува коренот   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Инекција за анестезија на забот   
Betäubungsspritze für den Zahn

Апсцесот мора да се отвори   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Немам други прашања до заболекарот и се согласувам со мерките кај кои што е ставено крстче.

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

да  
ja

не  
nein

Потпис на пациентот: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Потребен е уште еден  термин за лекување/  термин за контрола.

Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Ве молиме дојдете на \_\_\_\_\_ во \_\_\_\_\_ часот повторно во ординацијата.

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

Упат до хирургот за уста, вилица, лице заради понатамошно лекување

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Постои  понатамошна потреба за лекување, за кое што според Законот за давачки за кандидати за азил не е можно превземање на трошоците

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

### Напомени:

Hinweise:

Ве молиме за следниот термин понесете со Вас некого кој што го зборува јазикот.

Доколку сè уште ја немате поднесено потврдата за болничко лекување, Ве молиме да ја понесете со Вас.

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

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

Печат на ординацијата

Praxisstempel