



(montenegrinisch)

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

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

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?

<input type="checkbox"/> Gornja čeljust Oberkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten
<input type="checkbox"/> Donja čeljust Unterkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten

Koliko dana patite od tih bolova? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Koliko su jaki ti bolovi? 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 = slabi, 10 = neizdrživi)					(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)				

Opišite bol: Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> tupa dumpf	<input type="checkbox"/> bode stechend	<input type="checkbox"/> pulsirajuća klopfend	<input type="checkbox"/> povremena zeitweise	<input type="checkbox"/> stalna ununterbrochen
--	---	--	---	---

Da li imate „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)? Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Od kad imate „debele obraze“? Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Da li uzimate medikamente? Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Da li kod sebe imate medikamente? Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Tablete protiv bolova? Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Ako da, koje: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotike? Antibiotika?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Ako da, koje: _____
Wenn ja, welche:

Razrjeđivači krvi? Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Ako da, koji: _____
Wenn ja, welche:

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

Inekcija 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.

Ponovo dođite _____ u _____ časova u ordinaciju.

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

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

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

Postoji potreba za dodatnim liječenjem za koje nije moguće podmirenje troškova prema

Zakonu o uslugama za azilante

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

Pečat ordinacije

Praxisstempel

Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite sertifikat o liječenju.

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

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