

(kurdisch-zazza)



Kaxita haqa şaxis de malumat guretene

Patientenerhebungsbogen

Name pey: _____
Familiename: _____
Demê biayene: _____
Geburtsdatum: _____
Welato/istano ke tu yi ra ama: _____
Herkunftsland/-ort: _____
Zon zanitene: _____
Sprachkenntnisse: _____

Name ver: _____
Vorname: _____
Mensubiata dewlete: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Teyna domonune qickeku de wekilê qaitê cı biayene (vasi)

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Name pey: _____
Familiename: _____
Demê biayene: _____
Geburtsdatum: _____

Name ver: _____
Vorname: _____
Mensubiata dewlete: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Maulamatê kontax

Kontaktdaten:

Amora telefoni/ Tel. ye desti: _____
Telefon / Handynummer: _____

E-Mail: _____

Adresa nikaene (Raa/amora boni/ca):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Amora telefonê zon çarnedari/tercûmani

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Kerem ke çuabê perse ke cer saba halê weşia sima nuşie mumkiniete tam bîderê!

Malumatê sima vati, mecburieta sîrrê doxtor de u şartune malumat seweknene de manenê u wedarinê.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Nêweşia zerra bele/dewirdaima goni hia nê
Herz-/Kreislauferkrankung ja nein
Çetînia gon hest biayene esta hia nê
Blutgerinnungsstörungen
Nêweşia kud guretene (Epilepsi) hia nê
Anfallsleiden (Epilepsi)
Astma/nêweşia piske hia nê
Asthma/Lungenerkrankungen
Nêweşia balmis biene hia nê
Ohnmachtsanfälle
Diabetes/nêweşia seker hia nê
Diabetes/Zuckerkrankheit
Nêweşia cigere/hepatitis hia nê
Lebererkrankung/Hepatitis
Nêweşia velîku hia nê
Nierenerkrankung
Reumatizme/arthritis hia nê
Rheuma/Arthritis
Nêweşia quatire hia nê
Schilddrüsenerkrankung
Xiştîka piske (Tuberkulose) hia nê
Tuberkulose
HIV-Infekcion/stadiumê AIDS hia nê
HIV-Infektion/Stadium AIDS
Nêweşîê infekcionî (tîmsalde MRSA) hia nê
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
Mubtela madda esrari hia nê
Drogenabhängigkeit
Cixara simitene hia nê
Raucher

Digonie esta? hia nê
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Eke esta, çand asmu de ra? hia nê
Wenn ja, in welchem Monat? Asme Monat

Zobina nêweşie: hia nê
Sonstige Erkrankungen

.....
.....
.....
.....

Alergi ya ki nêqebul: hia nê
Allergien bzw. Unverträglichkeiten
Anestesiê lokal hia nê
Lokalanästhesie/Spritzen
Antibiotika hia nê
Antibiotika
Dermonê dec hia nê
Schmerzmittel
Zobina:
Andere:

Hal hazır dıdanê sîma röntgen kerd?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

hia nê
ja nein

Eke hia, key?

Wenn ja, wann?

Saba kêmia dıdanunu eke cüt problemê/çetinia sîma/tu esta?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kaufen?

hia nê

Sîma qe şî Hekimê umimi/dahiliê nêweşîê?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

hia nê

Eke hia, kamci hekim?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Sîma kamci/sene dermonu daim ya ki nîka cenê?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... Demê.....ra hata nîka
seit

..... Demê.....ra hata nîka

..... Demê.....ra hata nîka

Ca:..... Dem:, den

İmıza:
Unterschrift: