

(montenegrinisch)



Formular za podatke o pacijentu Patientenerhebungsbogen

Prezime:

Familiename:

Datum rođenja:

Geburtsdatum:

Zemlja i mjesto rođenja:

Herkunftsland/-ort:

Jezici na kojima se porazumjeva:

Sprachkenntnisse:

Ime:

Vorname:

Državljanstvo:

Staatsangehörigkeit:

Samo kod maloljetnika: Ovlašćeni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime:

Familiename:

Datum rođenja:

Geburtsdatum:

Ime:

Vorname:

Državljanstvo:

Staatsangehörigkeit:

Podaci za kontakt

Kontaktdaten:

Broj telefona (mobitela):

Telefon-/Handynummer:

E-pošta:

E-Mail:

Adresa (ulica/kućni broj/mjesto):

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

Broj telefona tumača

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Šta tačnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi sa Vašim zdravstvenim stanjem! Podaci podliježu liječničkoj obavezi o poverljivosti i propisima zaštite podataka i biće korišćeni strogo poverljivo.

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.

Srčana bolest/ oboljenje cirkulatornog sistema da ne
Herz-/Kreislauferkrankung ja nein

Smetnje sa krvnim sudovima da ne
Blutgerinnungsstörungen

Napadaji (epilepsija) da ne
Anfallsleiden (Epilepsi)

Astma/plućne bolesti da ne
Asthma/Lungenerkrankungen

Nesvjestica da ne
Ohnmachtsanfälle

Dijabetes/šećerna bolest da ne
Diabetes/Zuckerkrankheit

Bolest jetre/hepatitis da ne
Lebererkrankung/Hepatitis

Bubrežne bolesti da ne
Nierenerkrankungen

Reuma/artritis da ne
Rheuma/Arthritis

Bolest štitnjače da ne
Schilddrüsenerkrankung

Tuberkuloza da ne
Tuberkulose

HIV-infekcija/stadij AIDS-a da ne
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Infekcijske bolesti (npr. MRSA) da ne
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Ovisnost o drogama da ne
Drogenabhängigkeit

Pušač da ne
Raucher

Da li ste trudni? da ne
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Ako da, u kojem mjesecu?mjesec
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Druge bolesti: da ne
Sonstige Erkrankungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Alergije ili netolerancije:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalna anestezija/inekcije da ne
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotici da ne
Antibiotika:

Sredstva protiv bolova da ne
Schmerzmittel:

Drugo:

Andere:

Da li su na Vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Da li imate problema sa žvakanjem jer nemate sve zube?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Da li ste već bili kod doktora opšte medicine?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kog?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje medikamente uzimate redovno, odnosno, u ovom trenutku?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

od

seit

od

od

....., datum:, den

Potpis:
Unterschrift: