



(persisch)

پرسشنامه بیماران Patientenerhebungsbogen

نام خانوادگی: نام:
 Familienname: Vorname:
 تاریخ تولد: تابعیت:
 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:
 کشور مبدا / محل (شهر):
 Herkunftsland/-ort:

فقط برای افراد زیر سن قانونی
 Nur bei Minderjährigen:
قیم بچه یا شخص صاحب حقوق حضانت
 Erziehungsberechtigter

نام خانوادگی: نام:
 Familienname: Vorname:
 تاریخ تولد: تابعیت:
 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

تماس

Kontaktdaten

شماره تلفن یا موبایل (سیار):
 Telefon-/Handynummer:
 آدرس پست الکترونیکی:
 E-Mail:
 آدرس پستی فعلی (خیابان/شماره/شهر):
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):
 شماره تلفن شخصی که قادر به کمک مترجمی باشد:
 Telefon-Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

لطفاً سوالات زیر را راجع بوضع مزاجی خود دقیقاً جواب دهید. این اطلاعات تحت محرمانه بودن اطلاعات پزشکی میباشد و شدیداً محرمانه باقی می ماند.

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.

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	آیا حامله هستید؟ Besteht eine Schwangerschaft? ماه Monat	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	بیماریهای قلبی و بیماری های گردش خون Herz-/Kreislaufkrankung
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	اگر بله در چه ماهی؟ Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	اختلالات انعقاد خونی Blutgerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	سایر بیماریهای دیگر: Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	اختلالات تشنجی (صرع) Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	آسم / بیماری های ریوی Asthma/Lungenerkrankungen
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	غش Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	دیابت/ بیماری قند Diabetes/Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله nein ja	بیماری های کبد/ هپاتیت Lebererkrankung/Hepatitis

آلرژی یا عدم تحمل:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

بیپوشی محلی / تزریق
Lokalanästhesie/Spritzen:

آنتی بیوتیک ها
Antibiotika:

دارو های مسکن
Schmerzmittel:

.....
آلرژیهای دیگر...
Andere:

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

خیر
nein

بله
ja

بیماری کلیوی
Nierenerkrankungen:

روماتیسم/آرتریت
Rheuma/Arthritis:

بیماری های تیروئید
Schilddrüsenerkrankung:

مرض سل
Tuberkulose:

عفونت اچ آی وی/بیماری ایدز
HIV-Infektion/Stadium AIDS:

بیماری های عفونی (بعنوان مثال ام آر اس آ)
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

اعتیاد بمواد مخدره
Drogenabhängigkeit:

سیگاری
Raucher:

خیر
nein

بله
ja

آیا تابحال از فک های شما رادیوگرافی شده؟
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

..... آیا شما בעلت عدم دندان ناراحتی در موقع جویدن دارید؟
Wenn ja, wann?

خیر
nein

بله
ja

آیا تابحال تحت معاینه پزشک متخصص امراض عمومی بوده اید؟
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

..... اگر بله نزد کدام پزشک بودید؟
Wenn ja, bei welchem Arzt?

..... از تاریخ.....
seit

چه دارو هائی را در حال حاضر بصورت دائمی یا دوره ای مصرف میکنید
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... از تاریخ.....

..... از تاریخ.....

..... امضاء.....
, den

..... محل.....
Unterschrift: