

(türkisch)



Hasta Soru Formu Patientenerhebungsbogen

Soyadı: _____
Familiename: _____
Doğum tarihi: _____
Geburtsdatum: _____
Hangi ülkeden/şehirden geldiği: _____
Herkunftsland/-ort: _____
Dil bilgisi: _____
Sprachkenntnisse: _____

Adı: _____
Vorname: _____
Uyruğu: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Yalnızca reşit olmayanlar için: Velisi:

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Soyadı: _____
Familiename: _____
Doğum tarihi: _____
Geburtsdatum: _____

Adı: _____
Vorname: _____
Uyruğu: _____
Staatsangehörigkeit: _____

İletişim bilgileri:

Kontaktdaten

Telefon no./cep telefon no.: _____
Telefon-/Handynummer: _____

E-posta: _____
E-mail: _____

Şu anki adresi (sokak/ev no./şehir): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Tel. no. mütercim/tercüman: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları mümkün oldukça tam olarak yanıtlayın! Bilgiler tıbbi gizli tutma yükümlülüğüne ve veri koruma hükümlerine tabidir ve sıkı bir şekilde gizli tutulmaktadır.

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.

Kalp/dolaşım hastalığı evet hayır
Herz-/Kreislauferkrankung ja nein

Kan pıhtılaşma bozuklukları evet hayır
Blutgerinnungsstörungen

Nöbet hastalığı (epilepsi) evet hayır
Anfallsleiden (Epilepsi)

Astım/akciğer hastalıkları evet hayır
Asthma/Lungenerkrankungen

Bayılma nöbetleri evet hayır
Ohnmachtsanfälle

Diyabet/şeker hastalığı evet hayır
Diabetes/Zuckerkrankheit

Karaciğer hastalığı/hepatit evet hayır
Lebererkrankung/Hepatitis

Böbrek hastalıkları evet hayır
Nierenerkrankungen

Romatizma/artrit evet hayır
Rheuma/Arthritis

Tiroid bezi hastalığı evet hayır
Schilddrüsenerkrankung

Tüberküloz evet hayır
Tuberkulose

HIV enfeksiyonu/evre AIDS evet hayır
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Enfeksiyon hastalıkları (örn. MRSA) evet hayır
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Madde bağımlılığı evet hayır
Drogenabhängigkeit

Sigara evet hayır
Raucher

Hamilelik mevcut mu? evet hayır
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Evet ise, kaçınıcı ay? ay
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Diğer hastalıklar: evet hayır
Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

Alerji veya hassasiyet:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokal anestezi/iğne evet hayır
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiyotik evet hayır
Antibiotika

Ağrı kesici evet hayır
Schmerzmittel

Diğer:
Andere:

Sizde daha önce diş hekimi tarafından röntgen filmi çekildi mi?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

evet hayır
ja nein

Evet ise, ne zaman?

Wenn ja, wann?

Dişlerin eksik olmasından dolayı çiğnerken zorluk çekiyor musunuz?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

evet hayır

Daha önce genel tıp uzmanına gittiniz mi?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

evet hayır

Evet ise, hangi doktora?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Hangi ilaçları düzenli bir şekilde veya şu ara alıyorsunuz? beri

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... beri

..... beri

....., Tarih:

, den

İmza:.....

Unterschrift: