

برگ پرسش همگانی بیمار
Patientenerhebungsbogen (persisch)

مشخصات تماس با بیمار		Patientenkaktdaten
	نام خانودگی:	Familienname:
	نام:	Vorname:
	خیابان/ شماره خانه:	Straße/Hausnummer:
	کد پستی/ محل سکونت:	PLZ/Wohnort:
	تاریخ تولد:	Geburtsdatum:
	شماره تلفن (خصوصی):	Telefonnummer (privat):
	نامه برقی:	Email:
	شغل:	Beruf:
	شماره تلفن (رسمی):	Telefonnummer (dienstlich):
مشخصات تماس با پزشک خانوادگی		Kaktdaten Hausarzt
	پزشک خانوادگی/ نام:	Hausarzt/Name:
	پزشک خانوادگی/ شماره تلفن:	Hausarzt/Telefonnummer:
	پزشک خانوادگی/ نشانی:	Hausarzt/Anschrift:

لطفا پرسشهای آتی در مورد وضع سلامتی خویش را حتی المقدور دقیق پاسخ بدهید! اظهارات شما مشمول وظیفه قانونی رازداری پزشک و مقررات حفظ اسرار داده ها بوده مورد معامله بسیار محرمانه قرار می گیرند.

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.

		بیماریهای قلبی/ اختلالات گردش خون	Herz-/Kreislauferkrankungen
nein نه	ja بلی	فشارخون بلند	Hoher Blutdruck:
nein نه	ja بلی	فشارخون پایین	Niedriger Blutdruck:
nein نه	ja بلی	نقص دریچه قلب	Herzklappenfehler:
nein نه	ja بلی	جاگزین دریچه قلب	Herzklappenersatz:
nein نه	ja بلی	دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب	Herzschrittmacher:
nein نه	ja بلی	جراحی پوست داخلی قلب	Endokarditis:
nein نه	ja بلی	عمل جراحی قلب	Herzoperation:
		بیماران با نظام ایمنی سد شده	Immunsupprimierte Patienten
nein نه	ja بلی	نویتروپینی شدید(کاهش گویچه های سسپید خون)	Hochgradige Neutropenie:
nein نه	ja بلی	مرض موکوویسیدوزه(تخریب ریه ، کبد وغیره)	Mukoviszidose-Erkrankung:
nein نه	ja بلی	اعضای بدن پیوندی	Organtransplantiert:
nein نه	ja بلی	یاخته های ریشه ای پیوندی	Stammzellentransplantiert:
		امراض عفونی	Infektiöse Erkrankungen
nein نه	ja بلی	مرض هیچ آی وی/ مرحله ایدز	HIV-Infektion/Stadium AIDS:
nein نه	ja بلی	بیماری کبد/ آماس جگر	Lebererkrankung/Hepatitis:
nein نه	ja بلی	توبرکلوز/ سل	Tuberkulose:
nein نه	ja بلی	انگل های مرضی ام آر اس ای	MRSA:
nein نه	ja بلی	بیماری کرویسفلد- یاکوب(سی جی کی) نوع جدید بیماری کرویسفلد- یاکوب(وی سی جی کی)	Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit vCJK):
		دیگراشکال مرض	Sonstige Krankheitsbilder
nein نه	ja بلی	حمله غش (صرع)	Anfallsleiden (Epilepsie):
nein نه	ja بلی	نفس تنگی / بیماری ریه	Asthma/Lungenerkrankung:
nein نه	ja بلی	اختلالات در اثرلختگی خون	Blutgerinnungsstörungen:
nein نه	ja بلی	دیابت / مرض قند	Diabetes/Zuckerkrankheit:
nein نه	ja بلی	اعتیاد مواد مخدر	Drogenabhängigkeit:
nein نه	ja بلی	بیماری اعصاب	Nervenerkrankung:
nein نه	ja بلی	بیماریهای کلیه	Nierenerkrankungen:
nein نه	ja بلی	حملات بیهوشی	Ohnmachtsanfälle:
nein نه	ja بلی	مرض اوستیوپوروز(مشبک شدن استخوان)	Osteoporose Erkrankung:
nein نه	ja بلی	سیگارکش	Raucher:

nein نه	ja بلی	روماتیسم / آرتیریتیس	Rheuma/Arthritis:
nein نه	ja بلی	بیماری غده تیروئید	Schilddrüsenerkrankung:
		سایر بیماریها	Sonstige Erkrankungen:

		حساسیت ها یا ناسازگاریها	Allergien bzw. Unverträglichkeiten
nein نه	ja بلی	بیهوشی محلی / آمپول ها	Lokalanästhesie/Spritzen:
nein نه	ja بلی	آنتی بیوتیک ها	Antibiotika:
nein نه	ja بلی	مسکن های درد	Schmerzmittel:
		فلزات/ کدام کدام	Metalle/welche:
		حاملگی	Schwangerschaft
nein نه	ja بلی	حاملگی در میان است؟	Besteht eine Schwangerschaft?
سال/ ماه:	Monat/Jahr:	در صورت جواب مثبت، در کدام ماه حاملگی؟	Wenn ja, in welchem Monat?
		پرتونگاری	Röntgen
nein نه	ja بلی	عکسبرداری با اشعه ایکس نزد دندان پزشک صورت گرفته است؟	Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?
سال/ ماه:	Monat/Jahr:	در صورت جواب مثبت، چه وقت؟	Wenn ja, wann?
		مصرف داروها	Einnahme von Medikamenten
از چه زمانی:	seit:	کدام داروها	Welche Medikamente:
از چه زمانی:	seit:	داروهای دیگر	Weitere Medikamente:
nein نه	ja بلی	از تاریخ/ بی اسپوسپونات هارا مصرف میکنید؟	Seit/Nehmen Sie Bisphosphonate?
nein نه	ja بلی	از تاریخ / تحت درمان دارویی شیمو درمانی قرار دارید؟	Seit/Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?
nein نه	ja بلی	از تاریخ / در صورت بیماری سرطان تحت پرتودرمانی قرار دارید؟	Seit/Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?
nein نه	ja بلی	از تاریخ / آیا مقدار زیادی از استروئیدها/ سد کننده های نظام ایمنی بدن مصرف میکنید؟	Seit/Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?
nein نه	ja بلی	تاریخ/ آیا بالای شما عمل جراحی های Datum..... بزرگی در بیمارستان انجام گرفته است؟	Datum/Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

من با ذخیره، تنظیم و استفاده الکترونیکی داده هایم جهت پذیرش در سیستم ریکال توافق میکنم

وظیفه من است که تمام تغییراتی که در طول مدت درمان وارد میشوند را بلادرنگ به اطلاع برسانم. مزید بر این موظف استم که اوقات معین معالجه ایرا که قرار گذاشته شده رعایت کنم یا ۲۴ ساعت قبل از سررسیدن موقع معالجه از نیامدنم معذرت بخواهم. من مطلع استم که اگر سروقت یا اصلا معذرت نخواهم مجبورم که صورت حساب ترتیب شده را بپردازم

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

من مؤافق استم که در صورت خدمات دندان پزشکی یا دندان سازی به پیماننه وسیع بایستی به دندانپزشک یا دندان ساز پول پیشکی بپردازم و در صورت لزوم از مؤسسات حمایتی اعتبارات راجع به توانائی پرداخت من اطلاع کسب گردد

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

..... :امضاء مورخ

..... , den Unterschrift: