

(albanisch)

Fleta për mbledhjen e të dhënave të pacientëve

Patientenerhebungsbogen

Mbiemri: Familiename:	_____	Emri: Vorname:	_____
Datëlindja: Geburtsdatum:	_____	Shtetësia: Staatsangehörigkeit:	_____
Shteti/vendi i origjinës: Herkunftsland/-ort:	_____		
Njohuritë gjuhësore: Sprachkenntnisse:	_____		

Vetëm në rast të të miturve: Personi me të drejtë edukimi

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Mbiemri: Familiename:	_____	Emri: Vorname:	_____
Datëlindja: Geburtsdatum:	_____	Shtetësia: Staatsangehörigkeit:	_____

Të dhënat e kontaktit

Kontakt Daten

Numri i telefonit/celularit:
Telefon-/Handynummer: _____

E-mail:

Adresa e tanishme (rruga./nr. i shtëpisë/vendi):
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Numri i telefonit i përkthyesit:
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Ju lutemi, përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme mbi gjendjen tuaj të shëndetit sa më saktë të jetë e mundur! Të dhënat i nënshtrohen detyrimit mjekësor për të heshtur dhe dispozitave të mbrojtjes së të dhënave dhe trajtohen me fshehtësi të madhe.

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.

Sëmundje e zemrës / qarkullimit të gjakut Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	A ka një shtatzëni? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo
Çrregullime të koagulimit të gjakut Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Nëse po, në cilin muaj? Wenn ja, in welchem Monat?muaj	Monat
Vuajtje nga kriza (epilepsi) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Sëmundje të tjera: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo
Astma/sëmundje të mushkërive Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo		
Alivani/bie të fikët Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo		
Diabet/sëmundja e sheqerit Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo		
Sëmundje e mëlçisë/hepatit Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo		
Sëmundje të veshkave Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo		
Reumatizëm/artrit Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo		
Sëmundje e gjëndrës tiroide Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo			
Tuberkulozë Tuberkulose	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Alergji respektivisht padurueshmëri: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Infeksioni HIV/stadiumi i SIDËS HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Anestezi lokale/gjilpëra	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo
Sëmundje infektive (p.sh. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Lokalanästhesie/Spritzen		
Varësi nga droga Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Antibiotikët	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo
Duhanpirës Raucher	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo	Antibiotika		
			Barna kundër dhimbjeve	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo
			Schmerzmittel		
			Të tjerat:.....		
			Andere:		

A janë bërë tek ju tashmë radiografi dentare?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

po jo
ja nein

Nëse po, kur?

Wenn ja, wann?

A keni probleme gjatë kafshimit për shkak të mungesës së dhëmbëve?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

po jo

A keni qenë tashmë tek një mjek i përgjithshëm?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

po jo

Nëse po, tek cili mjek?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Cilat medikamente merrni ju rregullisht respektivisht tani për tani? që nga.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... që nga

..... që nga

..... , më

, den

Nënshkrimi:

Unterschrift: