

زانباری و پرسیار له باری نه خویشی

Patientenerhebungsbogen

ناو: Vorname:	نازناو: Familiename:
هه مولاتی: Staatsangehörigkeit:	روژی له دایکیوون: Geburtsdatum:
	ولاتی بنه رهنی / شوین: Herkunftsland/ -ort:
	زمانزانی (چهند زمان دهزانی): Sprachkenntnisse:

ته نیا بو مندالی کمه ته مهن (له ژیر 18 سالیدا): به پررسی په روه رده (به خوکهر)
Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter:

ناو: Vorname:	نازناو: Familiename:
هه مولاتی: Staatsangehörigkeit:	روژی له دایکیوون: Geburtsdatum:

شیره بی پیره نیکردن

Kontaktdaten

تله فون - / ژماره ی تله فونی دهست: Telefon-/Handynummer:

ئیمیل (پوستی نه لیکترونی): E-Mail:

ناویشانی نیستا (ناوی کولان. / ژماره ی خانو. / شار) Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

ژماره ی تله فونی وه رگیر یان یارمه تیدهری زمان: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

تکایه به گوپهری توانا وه لآمی نهم پرسیارانه ی خواره وه سه باره ت به تندرستی خۆت به ته وای بدهره وه.
وه لآمه کانت نه که ونه خانه ی نه هینی پزیشک و پاراستنی زانباری که سایه تی و به متمانه یی مامه له له گه ل ده کرت.

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.

نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	دوو گیانیت؟ Besteht eine Schwangerschaft?	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	دل - / نه خویشی سوورانه وه ی خوین Herz-/Kreislaufkrankung
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	ئه گهر به لئ ئه وه مانگی چه نده؟ Wenn ja, in welchem Monat?	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی مه یاندنی خوین Blutgerinnungsstörungen
	نه خویشی تر Sonstige Erkrankungen	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	فئ لیهاتن (صه ره ع . ئیپیلنکسی) Anfallsleiden (Epilepsi)
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	هه ناسه گیری (ناسما) Asthma/Lungenerkrankungen
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	له هوش چون Ohnmachtsanfälle
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی شه کر (شه کره، دیابتس) Diabetes/Zuckerkrankheit
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی جگر (هئپاتیس) Lebererkrankung/Hepatitis
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی گورچله Nierenerkrankungen
	هه ستوکی (چه ساسیه ت) دژ به: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	باداری (نازاری جومگه - روماتیزم) Rheuma/Arthritis
نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	- ده رزی ده رمانی هوشبهری Lokalanästhesie/Spritzen	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی نه لگ (غده ده ره قیه) Schilddrüsenerkrankung
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	- دژه چلک (نانتی بیوتیک) Antibiotika	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی کانی سی Tuberkulose
na <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	- ده رمانی نازار Schmerzmittel	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	دایه زینی توانای کوئندامی به رگری لهش (نایدس) HIV-Infektion/Stadium AIDS
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	- هیت (هه.ت.د.) Andere:	نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	نه خویشی که زور بلاوده بنه وه، وه کو باکتیریا (مارسا) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	به کارهینانی ماده بی هوشبهر Drogenabhängigkeit
		نا <input type="checkbox"/> به لئ <input type="checkbox"/>	جگاره کیشی Raucher

نا بەلى
nein ja

ناپە پىشتر لاي پزىشكى دان وىنەپى سۇنەر بۇت گىراوہ يان نا؟

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ئەگەر بەلى - كەي؟

Wenn ja, wann?

نا بەلى
nein ja

ناپە لە بەر پىدانى (دان ھەلکەندن) زەحمەتى ئەپىنى لە كاتى خواردن جوين

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

نا بەلى
nein ja

ناپە چوى لاي پزىشكى گشتى؟

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ئەگەر بەلى ، ئەوہ لاي كام پزىشك:

Wenn ja, bei welchem Arzt?

لە كەپەوہ

seit

ناپە بە بەردەوامى ھىچ دەرمانىك ئەپەى (دەخوى) ؟ يان ئىستا؟

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... شۆين لە بەروارى (ئىمزە).....
Ort, den Unterschrift: