

(persisch)

پرسشنامه بیماران Patientenerhebungsbogen

نام خانوادگی: نام:
Familiennamenname: 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:
Familiennamenname: 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.

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

الرژی یا عدم تحمل:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

بیهوشی محلی / تزریق
Lokalanästhesie/Spritzen:

آنتی بیوتیک ها
Antibiotika:

دارو های مسکن
Schmerzmittel:

الرژیهای دیگر.....
Andere:

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

بله خیر
ja nein

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:

بله خیر
ja nein

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

بله خیر
ja nein

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
.....از تاریخ.....
.....از تاریخ.....

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

.....امضاء.....
den
.....محل..... ، بتاریخ.....
Unterschrift: