

(romani)

Pucibe ko Pazienti

Patientenerhebungsbogen

Familiakoro Anaw: _____ Familiennamen:	Anaw: _____ Vorname:
Bijando diwe: _____ Geburtsdatum:	Drzawlanstwo: _____ Staatsangehörigkeit:
Bijando tan: _____ Herkunftsland/-ort:	
Koja Shib djaneja: _____ Sprachkenntnisse:	

Samo aso Maloletna Maksimija: E shaworengere Roditelija

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Familiakoro Anaw: _____ Familiennamen:	Anaw: _____ Vorname:
Bjando diwe: _____ Geburtsdatum:	Drzawnanstwo: _____ Staatsangehörigkeit:

Kontaktija

Kontaktdaten

Telefon-/ Handy broj: _____
Telefon-/Handynummer:

E-Mail: _____
E-Mail:

Adresa ko Momenti: _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Telefon broj e Tumacesoro: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Samolinaja tumen te odgworinan akawa Pucibe so shaj po tacno ! Tumare odgworija i tale kotar o Doktor zakonski sastitime hem na isminena te den pe jawerende. Tumaro Doktor na isminela te del akala odgworija jawerenge te diken ja te citinen.

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.

Srze/ naswalipe kotar so pirela o Rat <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Herz-/Kreislauferkrankung ja nein	Inan Kamni ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Dali dobineja Zrnija ko Rat <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Blutgerinnungsstörungen	Ako da, sawo Masek ?Masek Wenn ja, in welchem Monat? Monat
Napad (Epilepsija) <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Anfallsleiden (Epilepsi)	Jos jawera Bolestija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Sonstige Erkrankungen:
Asma/Naswalipe ko Kolin <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Asthma/Lungenerkrankungen	
Pereja ko Neswes <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Ohnmachtsanfälle	
Diabetes/Shekeri <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Diabetes/Zuckerkrankheit	
Naswalike ki Slezenka/Zutica <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Lebererkrankung/Hepatitis	
Naswalipe ko Bubrekija <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Nierenerkrankungen	
Reuma/Atritis <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Rheuma/Arthritis	
Naswalipe ki Gusha <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Schilddrüsenerkrankung	Alergije ili. Na Podnesineja: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
Tuberkoloza <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Tuberkulose	Lupiwka jeke taneste/Inekzija <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Lokalanästhesie/Spritzen
HIV-Infekzija/Sida <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na HIV-Infektion/Stadium AIDS	Penizilin/Antibiotika <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Antibiotika
Zarazno bolest (primer MRSA) <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	Dukengere Hapija <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Schmerzmittel
Drogirashi <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Drogenabhängigkeit	Jawera: Andere:
Pushaci <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Raucher	

Kergape ki Tute Rengelsko Slike ki ti Wiliza ??

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da na
ja nein

Ako da, keda?

Wenn ja, wann?

Dali paro tuke te Camkere so falini tuke Danda?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da na

Inanle li ko Opsto Doktor?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da na

Ako da, sawe Doktoreste?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Same Tablete/Hapija upotrebineja redowno ili ko Momenti?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od

seit

..... od

..... od.....

....., diwe

, den

Potpis:

Unterschrift: