

(usbekisch)

## Bemor so'rovnomasi Patientenerhebungsbogen

<b>Familiyasi:</b> Familiennamen:	_____	<b>Ismi:</b> Vorname:	_____
<b>Tug'ilgan sanasi:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Fuqaroligi:</b> Staatsangehörigkeit:	_____
<b>Qaysi davlat va joydan kelgan:</b> Herkunftsland/-ort:	_____		
<b>Til bilimlari:</b> Sprachkenntnisse:	_____		

### Faqat voyaga yetmaganlar uchun: Vasiy

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

<b>Familiyasi:</b> Familiennamen:	_____	<b>Ismi:</b> Vorname:	_____
<b>Tug'ilgan sanasi:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Fuqaroligi:</b> Staatsangehörigkeit:	_____

### Aloqa uchun ma'lumotlar

Kontaktdaten

**Uy yoki qo'l telefoni raqami:** \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer:

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Hozirda turar joyi**  
(ko'cha / uy raqami / shahar): \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

**Tarjimonning telefon raqami:** \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

**Sog'ligingiz borasida berilayotgan quyidagi savollarga iloji boricha aniq javob bering!** Siz berayotgan ma'lumotlar doktorlik siri va ma'lumotlar himoyasi qonun-qoidalariga muvofiq himoyalangani va qat'iy sir saqlanadi.

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.

<b>Yurak yoki qon aylanishi</b> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ha ja	<input type="checkbox"/> yo'q nein
<b>Qon quyulishining qiyinlashuvi</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Tutqanoq (epilepsiya)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Astma / o'pka kasalliklari</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Hushidan ketish</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Diabet / qand kasalligi</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Jigar kasalliklari / gepatit</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Buyrak kasalliklari</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Revmatizm (bod) / artrit</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Qalqonsimon bez kasalligi</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Sil kasalligi (tuberkulyoz)</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>OIV infeksiyasi / OIDS bosqichi</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Yuqumli kasalliklar</b> (masalan MRSA, metitsillina chidamli stafilokokklar) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Giyohvand moddalar iste'moli</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Chekish</b> Raucher	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q

**Siz homiladormisiz?**  ha  yo'q  
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

**Agar ha bo'lsa, nechanchi oyda?** ..... oy  
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

**Boshqa kasalliklar:**  ha  yo'q  
Sonstige Erkrankungen

.....  
.....  
.....  
.....

### Allergiyalar yoki dorilarni bir biriga mos kelmasligi:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

**Qisman anesteziya / shprits**  ha  yo'q  
Lokalanästhesie/Spritzen

**Antibiotiklar**  ha  yo'q  
Antibiotika

**Og'riqni qoldiruvchi vosita**  ha  yo'q  
Schmerzmittel

**Boshqa:** .....  
Andere:

**Tish doktori muolajasi paytida rentgenga tushganmisiz?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ha  yo'q  
ja nein

Agar ha bo'lsa, qachon? .....

Wenn ja, wann?

**Tishlaringiz yo'qligi sababli chaynashga qiynalasizmi?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

ha  yo'q

**Umumiy amaliyot shifokoriga bordingizmi?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ha  yo'q

Agar ha bo'lsa, qaysi doktorga? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Qaysi dorilarni muntazam yoki hozirda ichasiz (ishlatasiz)?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... dan beri .....  
seit

..... dan beri .....

..... dan beri .....

..... , .....

(joy va sana)

, den

Imzo: .....

Unterschrift: