

Анкета пацієнта / Patientenerhebungsbogen

Прізвище/ Familienname:
 Дата народження / Geburtsdatum
 Країна/місце походження /
 Herkunftsland/-ort
 Знання мов / Sprachkenntnisse

Ім'я / Vorname:
 Громадянство / Staatsangehörigkeit

Тільки для неповнолітніх законний опікун / Nur für minderjährige Erziehungsberechtigte

Прізвище/ Familienname:
 Дата народження / Geburtsdatum
 Країна/місце походження /
 Herkunftsland/-ort
 Знання мов / Sprachkenntnisse

Ім'я / Vorname:
 Громадянство / Staatsangehörigkeit

Контактні дані / Kontaktdaten

Номер телефону/мобільного телефону / Telefon-/ Handynummer: _____
 Електронна пошта / E-Mail: _____
 Поточна адреса (вулиця/№ будинку/місто) / _____
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____
 Номер телефону перекладача / Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetchers _____

Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров'я! Інформація захищена лікарською таємницею та положеннями про захист даних і буде оброблятися суворо конфіденційно.

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.

Серцево-судинні захворювання Herz-/ Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Ви вагітні? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein
Порушення згортання крові Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Якщо так, на якому місяці? Wenn ja, in welchem Monat?	місяць Monat
Судомні розлади (епілепсія) Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Інші захворювання Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein
Астма/захворювання легенів Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein		
Припадки непритомності Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein		
Цукровий діабет Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein		
Захворювання печінки/гепатит Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein		
Хвороби нирок Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein		
Ревматизм/артрит Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein		
Захворювання щитовидної залози Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Алергії або непереносимість: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Туберкульоз / Tuberkulose	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Місцева анестезія/ін'єкції /Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein
ВІЛ-інфекція/стадія СНІД HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Антибіотики / Antibiotika	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein
Інфекц. захворювання (напр. MRSA) Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Знеболювальні / Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein
Наркозалежність/Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein	Інше / Andere:		
Курець / Raucher	<input type="checkbox"/> так/я	<input type="checkbox"/> ні/nein			

Вам вже робили рентген зубів? / Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? так/я ні/nein

Якщо так, то коли? / Wenn ja, wann?

Ви маєте проблеми з жуванням через відсутність зубів? так/я ні/nein

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

Ви вже відвідували лікаря загальної практики? / Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? так/я ні/nein

Якщо так, то якого лікаря? / Wenn ja, bei welchem Arzt?

Які ліки ви приймаєте регулярно чи зараз?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? починаючи з / seit

..... починаючи з / seit

..... починаючи з / seit

....., (дата)/den Підпис/Unterschrift: