

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

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

Якщо так, то коли? / Wenn ja, wann?

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

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

Ви вже відвідували лікаря загальної практики? / Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? ☐ так/ja ☐ 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: