

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

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

Якщо так, то коли? / Wenn ja, wann? так/ja ні/kein

Ви маєте проблеми з жуванням через відсутність зубів?
 Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen? так/ja ні/kein

Ви вже відвідували лікаря загальної практики? / Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? так/ja ні/kein

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: