**Patientenerhebungsbogen** (mazedonisch)

**Анкетен прашалник за пациенти**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Контакт податоци за пациентот** |  |
| Familienname: | Презиме: |  |
| Vorname: | Име: |  |
| Straße/Hausnummer: | Улица/број: |  |
| PLZ/Wohnort: | Поштенски број/место: |  |
| Geburtsdatum: | Датум на раѓање: |  |
| Versichertenstatus: | Статус на осигуреник: |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Следните седум информации се доброволни!** | |
| Telefonnummer (privat): | Телефонски број (приватен): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Телефонски број (мобилен): |  |
| E-Mail: | Е-пошта: |  |
| Beruf: | Професија: |  |
| Hausarzt/Name: | Семеен лекар/Име и презиме: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Семеен лекар/Телефонски број: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Семеен лекар/Адреса: |  |

**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.

**Ве молиме да ги одговорите следните прашање за Вашата здравствена состојба најточно што може!** Податоците подлежат на лекарска обврска за доверливост и на условите за заштита на податоци и ќе се третираат строго доверливо.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Заболувања на срце и циркулаторен систем** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Висок крвен притисок: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Niedriger Blutdruck: | Низок крвен притисок: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzklappenfehler: | Дефект на срцеви залистоци: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzklappenersatz: | Замена на срцеви залистоци: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzschrittmacher: | Пејсмејкер: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Endokarditis: | Ендокардитис: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzoperation: | Операција на срце: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Имуносупримирани пациенти** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Тешка неутропенија: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Заболување на цистична фиброза: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Organtransplantiert: | Трансплантација на орган: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Stammzellentransplantiert: | Трансплантација на матични клетки: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Инфективни заболувања** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | ХИВ инфекција/ Стадиум СИДА: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Заболување на црн дроб/хепатит: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Tuberkulose: | Туберкулоза: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| MRSA: | МРСА: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Заболување Кројцфилд-Јакоб (СЈК)/Нова варијанта на заболување Кројцфилд-Јакоб (vСЈК): | 🞏 ja да | 🞏 nein не |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Други заболувања** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Напади (Епилепсија): |  ja да |  nein не |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Астма/Заболувања на бели дробови: |  ja да |  nein не |
| Blutgerinnungsstörungen: | Коагулопатија: |  ja да |  nein не |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Дијабетес/Шеќерна болест: |  ja да |  nein не |
| Drogenabhängigkeit: | Зависност од дрога: |  ja да |  nein не |
| Nervenerkrankung: | Нервно заболување: |  ja да |  nein не |
| Nierenerkrankungen: | Заболувања на бубрези: |  ja да |  nein не |
| Ohnmachtsanfälle: | Синкопа: |  ja да |  nein не |
| Osteoporose Erkrankung: | Остеопорозно заболување: |  ja да |  nein не |
| Raucher: | Пушач: |  ja да |  nein не |
| Rheuma/Arthritis: | Реума/Артритис: |  ja да |  nein не |
| Schilddrüsenerkrankung: | Болест на тироида: |  ja да |  nein не |
| Sonstige Erkrankungen: | Други заболувања: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Алергии и хиперсензитивност** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Локална анестезија/шприцови: |  ja да |  nein не |
| Antibiotika: | Антибиотици: |  ja да |  nein не |
| Schmerzmittel: | Средства за болка: |  ja да |  nein не |
| Metalle/welche: | Метали/кои: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Бременост** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Дали постои бременост? |  ja да |  nein не |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Ако да, во кој месец? | Monat: Месец: |  |
| **Röntgen** | **Рендген** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Дали на вас биле изведувани дентални рендген снимања? |  ja да |  nein не |
| Wenn ja, wann? | Ако да, кога? | Monat/Jahr: Месец/Година: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Земање на лекови** |  |  |
| Welche Medikamente: | Кои лекови: | seit Од: |  |
| Weitere Medikamente: | Дополнителни лекови: | seit Од: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Од кога/Дали земате биофосфонати? |  ja да |  nein не |
|  |  | seit Од: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Од кога/Дали сте под хемотерапија? |  ja да |  nein не |
|  |  | seit Од: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Од кога/Дали сте под радиотерапија поради заболување од рак? |  ja да |  nein не |
|  |  | seit Од: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Од кога?Дали земате високо дозирани стероиди/имуносупресиви? |  ja да |  nein не |
|  |  | seit Од: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Кој датум/Дали кај Вас биле изведени големи операции во болница? |  ja да |  nein не |
|  |  | Datum/ Датум: |  |

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Во случај на обемни заболекарски или забно технички услуги за кои мојот заболекар треба да му плати аконтација на забниот техничар, согласен сум евентуално да се поднесе барање за бонитет кај компанија за кредитна заштита или да се побара информација.

□ ja да □ nein не

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Се согласувам со електронско зачувување, обработка и користење на моите податоци за преземање во Recall-системот.

□ ja да □ nein не

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Се обврзувам веднаш да ги споделам сите промени кои ќе се случат за време на целиот третман. Дополнително се обврзувам да се придржувам до договорените термини за третман, односно да откажам најмалку 24 часа пред договорениот термин. Познато ми е дека ненавремено откажаните термини не се одземаат во сметката.

............................................. , den ...................................... Unterschrift: .....................................................

............................................. , Датум..................................... Потпис: ........................................................