***برگ پرسش همگانی بیمارن***

 **Patientenerhebungsbogen** (persisch)

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات تماس با بیمار** | **Patientenkontaktdaten** |
|  | نام خانودگی: | Familienname: |
|  | نام: | Vorname: |
|  | خیابان/ شماره خانه: | Straße/Hausnummer: |
|  | کد پستی/ محل سکونت: | PLZ/Wohnort: |
|  | تاریخ تولد: | Geburtsdatum: |
|  | وضعیت بیمه شده (Versichertenstatus): | Versichertenstatus: |
| **مندرجات ذیل داوطلبانه می‌باشند!** | **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** |
|  | شماره تلفن (منزل): | Telefonnummer (privat): |
|  | شماره تلفن (همراه): | Telefonnummer (mobil): |
|  | پست الکترونیکی: | E-Mail: |
|  | شغل: | Beruf: |
|  | پزشک خانواگی/ نام: | Hausarzt/Name: |
|  | پزشک خانواگی/ شماره تلفن: | Hausarzt/Telefonnummer: |
|  | پزشک خانواگی/ نشانی: | Hausarzt/Anschrift: |

**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.

***لطفا پرسشهای آتی در مورد وضع سلامتی خویش را حتی المقدور دقیق پاسخ بدهید!*** *اظهارات شما مشمول وظیفه قانونی رازداری پزشک و*

مقررات حفظ اسرار داده ها بوده مورد معامله بسیار محرمانه قرار می گیرند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | *بیماریهای قلبی****/*** *اختلالات کردش خون*  | **Herz-/Kreislauferkrankungen** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | فشارخون بلند: | Hoher Blutdruck: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | فشارخون پایین: | Niedriger Blutdruck: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | نقص دریچه قلب: | Herzklappenfehler: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | جاگزین دریچه قلب: | Herzklappenersatz: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب: | Herzschrittmacher: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | جراحت پوست داخلی قلب: | Endokarditis: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | عمل جراحی قلب: | Herzoperation: |
|  |  | *بیماران با نظام ایمنی سد شده* | **Immunsupprimierte Patienten** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | نویتروپینی شدید(کاهش گویچه های سسپید خون): | Hochgradige Neutropenie: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | مرض موکوویسیدوزه(تخریب ریه ،کبد وغیره): | Mukoviszidose-Erkrankung: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | اعضای بدن پیوندی: | Organtransplantiert: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | یاخته های ریشه ای پیوندی: | Stammzellentransplantiert: |
|  |  | *امراض عفونی* | **Infektiöse Erkrankungen** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | مرض هیچ آی وی/ مرحله ایدز: | HIV-Infektion/Stadium AIDS: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | بیماری کبد/ آماس جگر: | Lebererkrankung/Hepatitis: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | توبرکلوز/ سل: | Tuberkulose: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | انگل های مرضی ام آر اس ای: | MRSA: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | بیماری کرویسفلد- یاکوب(سی جی کی) نوع جدید:بیماری کرویسفلد- یاکوب(وی سی جی کی): | Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit vCJK): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | *دیگراشکال مرض* | **Sonstige Krankheitsbilder** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | حمله غش (صرع): | Anfallsleiden (Epilepsie): |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | نفس تنگی / بیماری ریه: | Asthma/Lungenerkrankung: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | اختلالات در اثرلختگی خون: | Blutgerinnungsstörungen: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | دیابت / مرض قند: | Diabetes/Zuckerkrankheit: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | اعتیاد مواد مخدر: | Drogenabhängigkeit: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | بیماری اعصاب: | Nervenerkrankung: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | بیماریهای کلیه: | Nierenerkrankungen: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | حملات بیهوشی: | Ohnmachtsanfälle: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | مرض اوستیوپوروز(مشبک شدن استخوان): | Osteoporose Erkrankung: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | سیگارکش: | Raucher: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | روماتیزم/ آرتیریتیس: | Rheuma/Arthritis: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | بیماری غده تیروئید: | Schilddrüsenerkrankung: |
|  |  | سایربیماریها | Sonstige Erkrankungen: |
|  |  | ***حساسیت ها یا ناسازگاریها*** | **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | بیهوشی محلی/ آمپول ها: | Lokalanästhesie/Spritzen: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | آنتی بیوتیک ها: | Antibiotika: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | مسکن های درد: | Schmerzmittel: |
|  |  | فلزات/ کدام کدام: | Metalle/welche:  |
|  |  | *حاملگی* | **Schwangerschaft** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | حاملگی درمیان است؟ | Besteht eine Schwangerschaft? |
| ماه:  | درصورت جواب مثبتَ، در کدام ماه حاملگی؟ | Wenn ja, in welchem Monat? |
|  |  | *پرتونگاری* | **Röntgen** |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | عکسبرداری با اشعه ایکس نزد دندان پزشکصورت گرفته است؟ | Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? |
|  | ماه/سال::Jahr/Monat | درصورت جواب مثبتَ، چه وقت؟ | Wenn ja, wann? |
|  |  | *مصرف داروها* | **Einnahme von Medikamenten** |
| از/ seit | *کدام داروها:* | Welche Medikamente: |
| از/ seit | *داروهای دیگر:* | Weitere Medikamente: |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 |  *بی اسپوسپونات هارا مصرف میکنید؟* | Nehmen Sie Bisphosphonate? |
| از/ seit |  |  |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 |  *تحت درمان داروئی شیمو درمانی قرار دارید؟*  | Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? |
| از/ seit |  |  |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | *درصورت بیماری سرطان تحت پرتودرمانی قرار دارید؟*  | Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? |
| از/ seit |  |  |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | *آیا مقدار زیادی از استروئیدها/ ایمنی بدن مصرف میکنید؟*  | Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? |
| از/ seit |  |  |
| نه nein 🞏 | بلی ja 🞏 | *آیا بالای شما عمل جراحی های بزرگی در بیمارستان انجام گرفته است؟* | Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? |
| تاریخ/Datum  |  |  |

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.

من مؤافق استم که در صورت خدمات دندان پزشکی یا دندان سازی به پیمانه وسیع بایستی به دندانپزشک یا دندان ساز پول پیشکی بپردازم و در صورت لزوم ازمؤسسات حمایتی اعتبارات راجع به توانائی پرداخت من اطلاع کسب گردد.

نه nein □ بلی ja □

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

*من با ذخیره، تنظیم و استفاده الکترونیکی داده هایم جهت پذیرش در سیستم ریکال توافق میکنم.*

نه nein □ بلی ja □

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.

*وظیفه من است که تمام تغییراتی که در طول مدت درمان وارد میشوند را بلادرنگ به اطلاع برسانم. مزید بر این مؤظف استم که اوقات معین معالجه ایرا که قرار گذاشته شده رعایت کنم یا ۲۴ساعت قبل از سررسیدن موقع معالجه ازنیآمدنم معذرت بخواهم. من مطلع استم که اگرسروقت یا اصلا معذرت نخواهم مجبورم که صورت حساب ترتیب شده را بپردازم.*

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

............................................., *مورخ.* ...................................... *امضاء:* ...................................................................