**Patientenerhebungsbogen** (portugiesisch)

 **Ficha de registo de dados do doente** (português)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Dados de contacto do doente** |  |
| Familienname: | Apelido: |  |
| Vorname: | Nome próprio: |  |
| Straße/Hausnummer: | Rua, nº porta: |  |
| PLZ/Wohnort: | Código postal, localidade: |  |
| Geburtsdatum: | Data de nascimento: |  |
| Versichertenstatus: | Situação de seguro: |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **As sete informações solicitadas em seguida não são obrigatórias!** |  |
| Telefonnummer (privat): | N.º telefone (particular): |  |
| Telefonnummer (mobil): | N.º telefone (portátil): |  |
| Email: | E-mail: |  |
| Beruf: | Profissão: |  |
| Hausarzt/Name: | Médico de família/nome: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Médico de família/n.º telefone: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Médico de família/morada: |  |

**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.

**É favor responder às questões abaixo relativamente ao seu estado de saúde com o maior rigor possível!** As informações prestadas estão sujeitas ao sigilo médico e às regras aplicáveis em matéria de proteção de dados e serão tratadas de modo absolutamente sigiloso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Doenças do coração/cardiovasculares** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Tensão arterial alta: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Niedriger Blutdruck: | Tensão arterial baixa: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Herzklappenfehler: | Doença da válvula cardíaca: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Herzklappenersatz: | Substituição da válvula cardíaca: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Herzschrittmacher: | Estimulador cardíaco (pacemaker): | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Endokarditis: | Endocardite: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Herzoperation: | Cirurgia cardíaca: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Doente imunossuprimido** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Neutropenia grave | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Fibrose cística: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Organtransplantiert: | Transplante de órgãos: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Stammzellentransplantiert: | Transplante de células estaminais: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Doenças infecciosas:** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | Infeção por HIV/SIDA: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Doença hepática/hepatite: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Tuberkulose: | Tuberculose: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| MRSA: | MRSA: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Doença de Creutzfeld-Jakob (DCJ)/Nova Variante da doença de Creutzfeld-Jakob (nvDCJ): | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Outros quadros clínicos** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Desordens (epilepsia): | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Asma/doença pulmonar: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Blutgerinnungsstörungen: | Distúrbios da coagulação sanguínea: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diabetes: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Drogenabhängigkeit: | Toxicodependência: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Nervenerkrankung: | Doenças neurológicas: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Nierenerkrankungen: | Doenças renais: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Ohnmachtsanfälle: | Desmaios: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporose: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Raucher: | Fumador: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Rheuma/Arthritis: | Reumatismo/artrite: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Schilddrüsenerkrankung: | Doença da tiróide: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Sonstige Erkrankungen: | Outras doenças: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Alergias ou intolerâncias** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Anestesia local/injeções: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Antibiotika: | Antibióticos: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Schmerzmittel: | Analgésicos: | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Metalle/welche:  | Metais/quais:  |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Gravidez** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Está grávida? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Em caso afirmativo, em que mês de gestação: | Monat:Mês: |  |
| **Röntgen** | **Raio X** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Foi submetido a raio x dentário? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
| Wenn ja, wann? | Em caso afirmativo, quando? | Monat/Jahr:Mês/ano: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Toma de medicamentos** |  |  |
| Welche Medikamente: | Que medicamentos toma: | seit/desde: |  |
| Weitere Medikamente: | Outros medicamentos: | seit/desde: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Toma bifosfonatos? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
|  |  | seit/desde: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Encontra-se em tratamento com quimioterapia medicamentosa? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
|  |  | seit/desde: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Encontra-se em tratamento com radioterapia para doença cancerígena? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
|  |  | seit/desde: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Toma doses elevadas de esteróides/imunossupressores? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
|  |  | seit/desde: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Foi submetido a intervenções cirúrgicas de maior complexidade em ambiente hospitalar? | 🞏 ja/sim | 🞏 nein/não |
|  |  | Datum/data: |  |

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.

Concordo que, em caso de serviços dentários ou odontológicos abrangentes, em que o meu dentista/a minha dentista tenha de adiantar pagamentos a favor de um técnico de odontologia, seja efetuada uma consulta da avaliação de risco junto de uma entidade de proteção ao crédito ¬.

□ ja/sim □ nein/não

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

Concordo que os meus dados sejam guardados em suporte eletrónico, processados e utilizados para fins de registo no sistema Recall.

□ ja/sim □ nein/não

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.

Comprometo-me a comunicar de imediato eventuais alterações que se verifiquem em relação aos dados pessoais que surjam durante a fase de tratamento.

Comprometo-me ainda a comparecer a todas as consultas agendadas ou a desmarcá-las com uma antecedência mínima de 24 horas em relação à data agendada. Tomei conhecimento de que as consultas não desmarcadas com a devida antecedência poderão ser faturadas.

................................. , den/ aos ............................. Unterschrift/ Assinatura.......................................................