



(englisch)

Patient questionnaire

Patientenerhebungsbogen

Last name: _____
 Familienname:

Date of birth: _____
 Geburtsdatum:

Country/place of origin: _____
 Herkunftsland/-ort:

Language skills: _____
 Sprachkenntnisse:

First name: _____
 Vorname:

Nationality: _____
 Staatsangehörigkeit:

Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Last name: _____
 Familienname:

Date of birth: _____
 Geburtsdatum:

First name: _____
 Vorname:

Nationality: _____
 Staatsangehörigkeit:

Contact information

Kontaktdaten

Phone/mobile number: _____
 Telefon-/Handynummer:

E-mail: _____

Current address (street / house number / city): _____
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Phone number of language intermediary/interpreter: _____
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Please answer the following questions about your health as accurately as possible! The data is subject to medical confidentiality and data protection provisions and is kept strictly confidential.

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.

Cardiovascular disease yes no
 Herz-/Kreislauferkrankung ja nein

Blood coagulation (clotting) disorder yes no
 Blutgerinnungsstörungen

Seizure disorders (epilepsy) yes no
 Anfallsleiden (Epilepsi)

Asthma/lung diseases yes no
 Asthma/Lungenerkrankungen

Fainting yes no
 Ohnmachtsanfälle

Diabetes yes no
 Diabetes/Zuckerkrankheit

Liver disease / hepatitis yes no
 Lebererkrankung/Hepatitis

Kidney diseases yes no
 Nierenerkrankungen

Rheumatism/arthritis yes no
 Rheuma/Arthritis

Thyroid disease yes no
 Schilddrüsenerkrankung

Tuberculosis yes no
 Tuberkulose

HIV infection / AIDS stage yes no
 HIV-Infektion/Stadium AIDS

Infectious diseases (e.g. MRSA) yes no
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Drug addiction yes no
 Drogenabhängigkeit

Smoker yes no
 Raucher

Are you pregnant? yes no
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

If so, in which month?month
 Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Other illnesses: yes no
 Sonstige Erkrankungen

.....

Allergies or intolerances:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Local anaesthesia/injections yes no
 Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotics yes no
 Antibiotika

Pain killers yes no
 Schmerzmittel

Other:

Andere:



Have you already had dental X-rays made?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

yes no
ja nein

If so, when?

Wenn ja, wann?

Do you have difficulty chewing due to missing teeth?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

yes no

Have you already been to a general practitioner?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

yes no

If so, what is the physician's name?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Which medications do you take on a regular basis
or are you taking right now?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... since
seit
..... since
..... since

Place....., Date.....
, den

Signature:.....
Unterschrift: