



(kurdisch-sorani)

زانبارى و پرسىار له بارى نه خوشى Patientenerhebungsbogen

ناو: Vorname:	نازناو: Familiename:
هه مولاتی: Staatsangehörigkeit:	روژی له دایکبوون: Geburtsdatum:
	ولاتی بنه رهنی / شوین: Herkunftsland/ -ort:
	زمانزانی (چهند زمان دهزانی): Sprachkenntnisse:

ته نیا بو مندالی کمه ته مهن (له ژیر 18 سالیدا): به پرسى پوره رده (به خوکه ر)
Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter:

ناو: Vorname:	نازناو: Familiename:
هه مولاتی: Staatsangehörigkeit:	روژی له دایکبوون: Geburtsdatum:

شيوه یی پیوه نديکردن Kontaktdaten

تله فون - / ژماره ی تله فونی دهست: Telefon-/Handynummer:

ئیمیل (پوستی نه لیکترونی): E-Mail:

ناوینشانی نیستا (ناوی کولان. / ژماره ی خانو. / شار) Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

ژماره ی تله فونی وه رگیر یان یارمه تیدهری زمان: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

تکایه به گوپهری توانا وه لامی نهم پرسىارانهی خواره وه سه باره ت به تندرستی خوت به ته وای بدهره وه.
وه لامه کانت نه که ونه خانه ی نه هینی پزیشک و پاراستنی زانباری که سایه تی و به متمانه یی مامه له له گه ل ده کرت.

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.

نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	دو و گیانیت؟ Besteht eine Schwangerschaft?	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	دل - / نه خوخی سوورانه وه ی خوین Herz-/Kreislaufkrankung
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	ئه گهر به لی ئه وه مانگی چه نده؟ Wenn ja, in welchem Monat?	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی مه یاندنی خوین Blutgerinnungsstörungen
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی تر Sonstige Erkrankungen	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	فی لیهاتن (صه ره ع . ئیپیلنکسی) Anfallsleiden (Epilepsi)
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	هه ستوکی (چه ساسیبه ت) دژ به: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	هه ناسه گیری (ناسما) Asthma/Lungenerkrankungen
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	- ده رزی ده رمانی هوشبهری Lokalanästhesie/Spritzen	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	له هوش چون Ohnmachtsanfälle
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	- دژه چلک (نانتی بیوتیک) Antibiotika	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی شه کر (شه کره، دیابیتس) Diabetes/Zuckerkrankheit
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	- ده رمانی نازار Schmerzmittel	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی جگهر (هتپاتیس) Lebererkrankung/Hepatitis
نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	- هیت (هه.ت.د.) Andere:	نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی گورچله Nierenerkrankungen
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	باداری (نازاری جومگه - روماتیزم) Rheuma/Arthritis
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی نه لگ (غده ده ره قیه) Schilddrüsenerkrankung
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی کانی سی Tuberkulose
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	دایه زینی توانای کوندامی به رگری لهش (نایدس) HIV-Infektion/Stadium AIDS
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	نه خوخی که زور بلاوده بنه وه، وه کو باکتیریا (مارسا) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	به کارهینانی ماده یی هوشبهر Drogenabhängigkeit
		نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/>	جگاره کیشی Raucher



نا به‌لى
nein ja

نايه پيشتر لاي پزشكى دان ونيهي سونهر بوت گيراوه يان نا؟

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ئه‌گهر به‌لى - كهى؟

Wenn ja, wann?

نا به‌لى
nein ja

نايه له بهر پيدانى (دان هه‌لكه‌ندن) زه‌حمه‌تى ئه‌يىنى له كاتى خواردن جوين

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

نا به‌لى
nein ja

نايه چوى لاي پزشكى گشتى؟

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ئه‌گهر به‌لى ، ئه‌وه لاي كام پزشك:

Wenn ja, bei welchem Arzt?

له كه‌يه‌وه

seit

نايه به به‌رده‌وامى هيچ ده‌رمانيك ئه‌بهى (ده‌خوى) ؟ يان ئىستا؟

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... شوين له به‌روارى (ئيمزه).....
Ort, den Unterschrift: