

(mazedonisch)



Zentrum für Zahnmedizin
Dr. Kaefer und Partner

Формулар за податоци на пациентот Patientenerhebungsbogen

Презиме: _____
Familiename: _____
Датум на раѓање: _____
Geburtsdatum: _____
Држава / место на раѓање: _____
Herkunftsland/-ort: _____
Јазичи: _____
Sprachkenntnisse: _____

Име: _____
Vorname: _____
Државјанство: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Само кај малолетни лица старателот

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Презиме: _____
Familiename: _____
Датум на раѓање: _____
Geburtsdatum: _____

Име: _____
Vorname: _____
Државјанство: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Контактни податоци

Kontaktdaten

Телефонски / мобилен број: _____
Telefon-/Handynummer: _____

Е-маил: _____

Моментална адреса (ул./бр./место): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Телефонски број на преведувачот /
толкувачот: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Ве молиме одговорете ги следните прашања во врска со Вашата здравствена состојба што поточно можете! Податоците подлежат на лекарскиот завет за молчење и на одредбите за заштитата на податоците и ќе бидат обработени строго доверливо.

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.

Заболувања на срце / крвоток да не
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein
Пречки на згрутчување на крвта да не
Blutgerinnungsstörungen
Тегоби со напади (епилепсија) да не
Anfallsleiden (Epilepsi)
Астма/заболување на белите
дробови да не
Asthma/Lungenerkrankungen
Напади на несвестица да не
Ohnmachtsanfälle
Дијабетес/шеќерна болест да не
Diabetes/Zuckerkrankheit
Болести на црн дроб/хепатитис да не
Lebererkrankung/Hepatitis
Заболување на бубрези да не
Nierenerkrankungen
Реума/артритис да не
Rheuma/Arthritis
Болести на штитна жлезда да не
Schilddrüsenerkrankung
Туберкулоза да не
Tuberkulose
ХИВ-инфекција/стадиум СИДА да не
HIV-Infektion/Stadium AIDS
Инфективни болести
(на пр. МРСА) да не
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
Зависност од дроги да не
Drogenabhängigkeit
Пушач да не
Raucher

Дали постои бременост? да не
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Ако да, во кој месец?месец
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Останати заболувања: да не
Sonstige Erkrankungen

Алергии односно неподносливости:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Локална анестезија/инекции да не
Lokalanästhesie/Spritzen

Антибиотици да не
Antibiotika

Лекарства против болки да не
Schmerzmittel

Други:
Andere:



Дали кај Вас се веќе направени заболкарски рентгентски снимки?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

да не
ja nein

Ако да, тогаш кога?

Wenn ja, wann?

Дали заради недостатокот на заби имате проблеми со цвакањето?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

да не

Дали веќе сте биле кај општ лекар?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

да не

Ако да, кај кој лекар?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Кои лекови ги зимате редовно односно во моментов?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... од.....
seit

..... од

..... од

....., од

, den

Потпис:

Unterschrift: