



(persisch)

پرسشنامه بیماران

Patientenerhebungsbogen

نام خانوادگی: ..... نام: .....  
Familiennamenname: Vorname:

تاریخ تولد: ..... تابعیت: .....  
Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

کشور مبدا / محل (شهر): .....  
Herkunftsland/-ort:

فقط برای افراد زیر سن قانونی

Nur bei Minderjährigen:

قیم بچه یا شخص صاحب حقوق حضانت

Erziehungsberechtigter

نام خانوادگی: ..... نام: .....  
Familiennamenname: Vorname:

تاریخ تولد: ..... تابعیت: .....  
Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

تماس

Kontaktdaten

شماره تلفن یا موبایل (سیار): .....  
Telefon-/Handynummer:

آدرس پست الکترونیکی: .....  
E-Mail:

آدرس پستی فعلی (خیابان/شماره/شهر): .....  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

شماره تلفن شخصی که قادر به کمک مترجمی باشد: .....  
Telefon-Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

لطفاً سوالات زیر را راجع بوضع مزاجی خود دقیقاً جواب دهید. این اطلاعات تحت محرمانه بودن اطلاعات پزشکی میباشد و شدیداً محرمانه باقی می ماند.

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.

<p>آیا حامله هستید؟ Besteht eine Schwangerschaft? ماه ..... Monat اگر بله در چه ماهی؟ Wenn ja, in welchem Monat?</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>بیماریهای قلبی و بیماری های گردش خون Herz-/Kreislaufkrankung</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>
<p>سایر بیماریهای دیگر: Sonstige Erkrankungen?</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>اختلالات انعقاد خونی Blutgerinnungsstörungen</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>
<p>.....</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>اختلالات تشنجی (صرع) Anfallsleiden (Epilepsie)</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>
<p>.....</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>آسم / بیماری های ریوی Asthma/Lungenerkrankungen</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>
<p>.....</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>غش Ohnmachtsanfälle</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>
<p>.....</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>دیابت/ بیماری قند Diabetes/Zuckerkrankheit</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>
<p>.....</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>بیماری های کبد/ هپاتیت Lebererkrankung/Hepatitis</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ja nein</p>



**الرژی یا عدم تحمل:**  
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

خیر     بله  
nein    ja

**بیپوشی محلی / تزریق**  
Lokalanästhesie/Spritzen:

خیر     بله  
nein    ja

**آنتی بیوتیک ها**  
Antibiotika:

خیر     بله  
nein    ja

**دارو های مسکن**  
Schmerzmittel:

خیر     بله  
nein    ja

.....  
الرژیهای دیگر...  
Andere:

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

خیر     بله  
nein    ja

**بیماری کلیوی**  
Nierenerkrankungen:

**روماتیسم/آرتریت**  
Rheuma/Arthritis:

**بیماری های تیروئید**  
Schilddrüsenerkrankung:

**مرض سل**  
Tuberkulose:

**عفونت اچ آی وی/بیماری ایدز**  
HIV-Infektion/Stadium AIDS:

**بیماری های عفونی (بعنوان مثال ام آر اس آ)**  
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

**اعتیاد بمواد مخدره**  
Drogenabhängigkeit:

**سیگاری**  
Raucher:

خیر     بله  
nein    ja

**آیا تابحال از فک های شما رادیوگرافی شده؟**  
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

.....  
**آیا شما بعلت عدم دندان ناراحتی در موقع جویدن دارید؟**  
Wenn ja, wann?

خیر     بله  
nein    ja

**آیا تابحال تحت معاینه پزشک متخصص امراض عمومی بوده اید؟**  
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

.....  
**اگر بله نزد کدام پزشک بودید؟**  
Wenn ja, bei welchem Arzt?

.....  
از تاریخ.....  
seit

.....  
از تاریخ.....

.....  
از تاریخ.....

**چه دارو هائی را در حال حاضر بصورت دائمی یا دوره ای مصرف میکنید**  
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

.....  
امضاء  
, den

.....  
محل  
، بتاریخ  
Unterschrift: