



(romani)

Pucibe ko Pazienti

Patientenerhebungsbogen

Familiakoro Anaw: _____
Familiename:
Bijando diwe: _____
Geburtsdatum:
Bijando tan: _____
Herkunftsland/-ort:
Koja Shib djaneja: _____
Sprachkenntnisse:

Anaw: _____
Vorname:
Drzawlanstwo: _____
Staatsangehörigkeit:

Samo aso Maloletna Maksimija: E shaworengere Roditelija

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Familiakoro Anaw: _____
Familiename:
Bjando diwe: _____
Geburtsdatum:

Anaw: _____
Vorname:
Drzawnanstwo: _____
Staatsangehörigkeit:

Kontaktija

Kontaktdaten

Telefon-/ Handy broj: _____
Telefon-/Handynummer:

E-Mail: _____
E-Mail:

Adresa ko Momenti: _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Telefon broj e Tumacesoro: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Samolinaja tumen te odgworinan akawa Pucibe so shaj po tacno ! Tumare odgworija i tale kotar o Doktori zakonski sastitime hem na isminena te den pe jawerende. Tumaro Doktori na isminela te del akala odgworija jawerenge te diken ja te citinen.

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.

Srze/ naswalipe kotar so pirela o Rat da na
Herz-/Kreislauferkrankung ja nein
Dali dobineja Zrnija ko Rat da na
Blutgerinnungsstörungen
Napad (Epilepsija) da na
Anfallsleiden (Epilepsi)
Asma/Naswalipe ko Kolin da na
Asthma/Lungenerkrankungen
Pereja ko Neswes da na
Ohnmachtsanfälle
Diabetes/Shekeri da na
Diabetes/Zuckerkrankheit
Naswalike ki Slezenka/Zutica da na
Lebererkrankung/Hepatitis
Naswalipe ko Bubrekija da na
Nierenerkrankungen
Reuma/Atritis da na
Rheuma/Arthritis
Naswalipe ki Gusha da na
Schilddrüsenerkrankung
Tuberkoloza da na
Tuberkulose
HIV-Infekzija/Sida da na
HIV-Infektion/Stadium AIDS
Zarazno bolest (primer MRSA) da na
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
Drogirashi da na
Drogenabhängigkeit
Pushaci da na
Raucher

Inan Kamni ? da na
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Ako da, sawo Masek ?Masek
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Jos jawera Bolestija: da na
Sonstige Erkrankungen:
.....
.....
.....

Alergije ili. Na Podnesineja:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
Lupiwka jeke taneste/Inekzija da na
Lokalanästhesie/Spritzen
Penizilin/Antibiotika da na
Antibiotika
Dukengere Hapija da na
Schmerzmittel
Jawera:
Andere:



Kergape ki Tute Rengelsko Slike ki ti Wiliza ??

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da na
ja nein

Ako da, keda?

Wenn ja, wann?

Dali paro tuke te Camkere so falini tuke Danda?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da na

Inanle li ko Opsto Doktor?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da na

Ako da, sawe Doktoreste?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Same Tablete/Hapija upotrebineja redowno ili ko Momenti?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od
seit

..... od

..... od.....

....., diwe
, den

Potpis:
Unterschrift: