



(usbekisch)

Bemor so'rovnomasi Patientenerhebungsbogen

Familiyasi: Familiename:	_____	Ismi: Vorname:	_____
Tug'ilgan sanasi: Geburtsdatum:	_____	Fuqaroligi: Staatsangehörigkeit:	_____
Qaysi davlat va joydan kelgan: Herkunftsland/-ort:	_____		
Til bilimlari: Sprachkenntnisse:	_____		

Faqat voyaga yetmaganlar uchun: Vasiy

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Familiyasi: Familiename:	_____	Ismi: Vorname:	_____
Tug'ilgan sanasi: Geburtsdatum:	_____	Fuqaroligi: Staatsangehörigkeit:	_____

Aloqa uchun ma'lumotlar

Kontaktdaten

Uy yoki qo'l telefoni raqami: _____
Telefon-/Handynummer:

E-mail: _____

Hozirda turar joyi
(ko'cha / uy raqami / shahar): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Tarjimonning telefon raqami: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Sog'ligingiz borasida berilayotgan quyidagi savollarga iloji boricha aniq javob bering! Siz berayotgan ma'lumotlar doktorlik siri va ma'lumotlar himoyasi qonun-qoidalariga muvofiq himoyalangani va qat'iy sir saqlanadi.

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.

Yurak yoki qon aylanishi ha yo'q
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Qon quyulishining qiyinlashuvi ha yo'q
Blutgerinnungsstörungen

Tutqanoq (epilepsiya) ha yo'q
Anfallsleiden (Epilepsi)

Astma / o'pka kasalliklari ha yo'q
Asthma/Lungenerkrankungen

Hushidan ketish ha yo'q
Ohnmachtsanfälle

Diabet / qand kasalligi ha yo'q
Diabetes/Zuckerkrankheit

Jigar kasalliklari / gepatit ha yo'q
Lebererkrankung/Hepatitis

Buyrak kasalliklari ha yo'q
Nierenerkrankungen

Revmatizm (bod) / artrit ha yo'q
Rheuma/Arthritis

Qalqonsimon bez kasalligi ha yo'q
Schilddrüsenerkrankung

Sil kasalligi (tuberkulyoz) ha yo'q
Tuberkulose

OIV infeksiyasi / OIDS bosqichi ha yo'q
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Yuqumli kasalliklar ha yo'q
(masalan MRSA, metitsillinga chidamli stafilokokklar)
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Giyohvand moddalar iste'moli ha yo'q
Drogenabhängigkeit

Chekish ha yo'q
Raucher

Siz homiladormisiz? ha yo'q
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Agar ha bo'lsa, nechanchi oyda? oy
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Boshqa kasalliklar: ha yo'q
Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

Allergiyalar yoki dorilarni bir biriga mos kelmasligi:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Qisman anesteziya / shprits ha yo'q
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotiklar ha yo'q
Antibiotika

Og'riqni qoldiruvchi vosita ha yo'q
Schmerzmittel

Boshqa:
Andere:



Tish doktori muolajasi paytida rentgenga tushganmisiz?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ha yo'q
ja nein

Agar ha bo'lsa, qachon?

Wenn ja, wann?

Tishlaringiz yo'qligi sababli chaynashga qiynalasizmi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

ha yo'q

Umumiy amaliyot shifokoriga bordingizmi?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ha yo'q

Agar ha bo'lsa, qaysi doktorga?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Qaysi dorilarni muntazam yoki hozirda ichasiz (ishlatasiz)?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... dan beri
seit

..... dan beri

..... dan beri

..... ,

(joy va sana)

, den

Imzo:

Unterschrift: