



## Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: \_\_\_\_\_

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

- Wo haben Sie Schmerzen?     Oberkiefer     rechts     links     vorne     hinten  
    Unterkiefer     rechts     links     vorne     hinten
- Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?     1 Tag     2 Tage     3 Tage     mehr als 3 Tage
- Wie stark sind Ihre Schmerzen?     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
(1= schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)
- Beschreiben Sie den Schmerz:     dumpf     stechend     klopfend     zeitweise     ununterbrochen
- Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?     ja     nein
- Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?     1 Tag     2 Tage     3 Tage     mehr als 3 Tage

Nehmen Sie Medikamente?     ja     nein

Haben Sie die Medikamente dabei?     ja     nein

Schmerztabletten?     ja     nein

Antibiotika?     ja     nein

Blutverdünner?     ja     nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Notwendige Maßnahmen

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- Anfertigung einer Röntgenaufnahme      
Zahn muss gezogen werden      
Zahn benötigt eine Füllung      
Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung      
Betäubungsspritze für den Zahn      
Abszess muss aufgeschnitten werden

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.     ja     nein

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_



Ein weiterer  Behandlungstermin/  Kontrolltermin ist nötig.  
Bitte kommen Sie am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr erneut in die Praxis.

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Hinweise:

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.  
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Praxisstempel