



(englisch)

## Questionnaire for emergency treatment with language barrier

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:  
Datum:

Patient (last, first name): \_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname):

Date of birth: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

#### Please answer the following questions yourself:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Where do you feel pain? Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Upper jaw Oberkiefer	<input type="checkbox"/> right rechts	<input type="checkbox"/> left links	<input type="checkbox"/> front vorne	<input type="checkbox"/> back hinten
<input type="checkbox"/> Lower jaw Unterkiefer	<input type="checkbox"/> right rechts	<input type="checkbox"/> left links	<input type="checkbox"/> front vorne	<input type="checkbox"/> back hinten

For how many days have you had this pain already? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 day 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 days 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 days 3 Tage	<input type="checkbox"/> more than 3 days mehr als 3 Tage
---	---	---	--

How strong is your pain? Wie stark sind Ihre Schmerzen?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

(1 = not so bad, 10 = unbearable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Describe the pain: Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> dull dumpf	<input type="checkbox"/> sharp stechend	<input type="checkbox"/> pulsing klopfend	<input type="checkbox"/> at intervals zeitweise	<input type="checkbox"/> continuous ununterbrochen
--	--	--	--	---

Do you have a "swollen cheek" (abscess, pus)? Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

How long have you had a "swollen cheek"? Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

<input type="checkbox"/> 1 day 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 days 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 days 3 Tage	<input type="checkbox"/> more than 3 days mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Are you taking any medicines? Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

Do you have any medicines with you? Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

Pain killers? Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Antibiotics? Antibiotika?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Blood thinners? Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:



## Necessary measures

Notwendige Maßnahmen

### The following section is to be completed by the dentist:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

### I would like to conduct the following measures for you:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

X-ray

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Tooth needs to be pulled

Zahn muss gezogen werden

Tooth needs a filling

Zahn benötigt eine Füllung

Tooth needs root canal treatment

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Anaesthetic injection for the tooth

Betäubungsspritze für den Zahn

Abscess must be cut open

Abszess muss aufgeschnitten werden

I have no further questions for the dentist and I agree with indicated measures.

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

yes  no  
ja nein

Patient signature: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



A further  treatment/ check-up appointment is required.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Please come back to the practice on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Transfer to oral, orthodontic, maxillofacial surgeons for further treatment .

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

Further  treatment is required, for which reimbursement is not possible according to the Asylum Seekers Benefits Act.

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

Practice stamp  
Praxisstempel

### Notes:

Hinweise:

Please bring a person for the next appointment who can speak the language.

If not yet submitted, please bring your treatment voucher (Krankenbehandlungsschein).

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.