

**پرسشنامه بیماران**  
**Patientenerhebungsbogen**

نام خانوادگی: ..... نام: .....  
Familienname: 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: .....  
Familienname: Vorname:

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

**تماس**  
Kontakt Daten

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.

آیا حامله هستید؟  
Besteht eine Schwangerschaft?  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
اگر بله در چه ماهی؟  
Wenn ja, in welchem Monat?  
ماه .....  
Monat  
سایر بیماریهای دیگر:  
Sonstige Erkrankungen?  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein

.....  
.....  
.....  
.....

بیماریهای قلبی و بیماری های گردش خون  
Herz-/Kreislaufkrankung  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
اختلالات انعقاد خونی  
Blutgerinnungsstörungen  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
اختلالات تشنجی (صرع)  
Anfallsleiden (Epilepsie)  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
آسم / بیماری های ریوی  
Asthma/Lungenerkrankungen  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
غش  
Ohnmachtsanfälle  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
دیابت/ بیماری قند  
Diabetes/Zuckerkrankheit  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein  
بیماری های کبد/ هپاتیت  
Lebererkrankung/Hepatitis  
بله ☐ خیر ☐  
ja nein

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

بی‌هوشی محلی / تزریق  
Lokalanästhesie/Spritzen:

آنتی بیوتیک ها  
Antibiotika:

دارو های مسکن  
Schmerzmittel:

آلرژی های دیگر  
Andere:

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

**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:

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

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

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

.....

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

بله ☐ خیر ☐  
ja nein

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

.....

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

..... از تاریخ  
seit

..... از تاریخ

..... از تاریخ

**محل** ..... **امضاء** .....  
Unterschrift: den

پرسشنامه برای درمان اورژانس در موقعی که مشکلات زبانی وجود داشته باشد.  
Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

تاریخ:  
Datum:

بیمار (اسم و اسم فامیل):  
Patient ( Vorname ):

تاریخ تولد:  
Geburtsdatum:

خواهشمند است شما بسئوالات زیر جواب دهید:  
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

کجای فک شما درد میکند؟  
Wo haben Sie Schmerzen?

- |                                        |                                       |                                          |                                             |                                                  |
|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> عقب<br>hinten | <input type="checkbox"/> جلو<br>vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ<br>links | <input type="checkbox"/> طرف راست<br>rechts | <input type="checkbox"/> فک بالا<br>Oberkiefer   |
| <input type="checkbox"/> عقب<br>hinten | <input type="checkbox"/> جلو<br>vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ<br>links | <input type="checkbox"/> طرف راست<br>rechts | <input type="checkbox"/> فک پایین<br>Unterkiefer |

چند روز است که احساس درد میکنید؟  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?  
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ بیش از 3 روز  
1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

شدت درد را مشخص کنید:  
Wie stark sind Ihre Schmerzen?  
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)  
(1 = ضعیف، 10 = بشدتی که قابل تحمل نیست)

درد بچه صورتی میباشد؟  
Beschreiben Sie den Schmerz:

- |                                             |                                          |                                                |                                                |                                                  |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> کسل کننده<br>dumpf | <input type="checkbox"/> تند<br>stechend | <input type="checkbox"/> ضربه زنده<br>klopfend | <input type="checkbox"/> گاه گاهی<br>zeitweise | <input type="checkbox"/> همیشه<br>ununterbrochen |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
- ایا فک شما ورم کرده؟ (آبسه، تجمع چرک)  
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?  
☐ خیر  
nein ☐ بله  
ja

چند روز است که فک شما ورم کرده؟  
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?  
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ بیش از 3 روز  
1 Tag 2 Tage 3 Tage ...mehr als 3 Tage

ایا دوائی مصرف میکنید؟  
Nehmen Sie Medikamente?  
ایا ان دوا همراهتان میباشد؟  
Haben Sie Medikamente dabei?

- |                                    |                                      |                                          |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بله<br>ja | <input type="checkbox"/> خیر<br>nein | اگر بله نام دوا.....<br>Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> بله<br>ja | <input type="checkbox"/> خیر<br>nein | اگر بله نام دوا.....<br>Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> بله<br>ja | <input type="checkbox"/> خیر<br>nein | اگر بله نام دوا.....<br>Wenn ja, welche? |

مسکن درد  
Schmerztabletten?  
انتی بیوتیک  
Antibiotika?  
رقیق کننده خون  
Blutverdünner?

## اقدامات لازمه

Notwendige Maßnahmen

این قسمت بوسیله دکتر دندانپزشک پر میشود

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

من قصد دارم این اقدامات را انجام دهم:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

☐ عکسبرداری (رادیوگرافی)

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

☐ دندان باید کشیده شود

Zahn muss gezogen werden

☐ دندان باید پر شود

Zahn benötigt eine Füllung

☐ دندان احتیاج به معالجه ریشه دندان را دارد

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

☐ تزریق بی حس کننده

Betäubungsspritze für den Zahn

☐ آبسه را باید باز کرد

Abszess muss aufgeschnitten werden

☐ خیر

nein

☐ بله

ja

من سؤال دیگری از دکتر ندارم و با اقدامات بالا که با X مشخص شده موافقم.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen, die mit X gekennzeichnet sind, einverstanden.

امضاء بیمار.....

Unterschrift Patient



مهر مطب  
Praxisstempel

لازم میباشد.

جهت کنترل

Ein weiterer ☐ Behandlungstermin/ ☐ Kontrolltermin ist nötig.

ملاقات دیگری جهت معالجه

خواهشمند است در تاریخ.....در ساعت..... دوباره به مطب مراجعه فرمائید.

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

انتقال به جراح دهان، فک- و صورت

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

تذکرات: خواهشمند است برای جلسه آینده یک نفر را همراه خود بیاورید که بزبان آلمانی تسلط داشته باشد.

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

جلسات دیگری جهت معالجه لازم میباشد که مخارج آن متأسفانه مطابق قانون پناهندگان پرداخت نمیشود.

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für die eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht möglich ist.

اگر تا بحال ورقه قبول مخارج معالجه را نیاورده اید خواهشمند است که در جلسه آینده این ورقه را با خود بیاورید.

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