

Nachname ..... : اللقب  
Vorname ..... : الاسم  
Geburtsdatum ..... : تاريخ الميلاد

**Patientenfragebogen**

إستبيان للمريض

إجابتك للأسئلة التالية لها أهمية كبرى في خطة العلاج. إنا كانت لديك اسئلة يمكنك الاستفسار عند الطبيب المناوب.  
ضع إشارة عند الاجابه المناسبة :

ja nein  
نعم لا

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

1. Unfall هل وقع لك حادث في المدرسة او في العمل؟  ja  nein
2. Gesundheitsänderung oder Gewichtsverlust? هل حصل اي تغيير ملحوظ في صحتك العامة خلال السنة الاخيرة؟  
او حصل لك فقدان وزن ملحوظ مؤخرًا؟  ja  nein
3. ärztliche Behandlung? هل كنت مؤخرًا تحت الرعاية الطبية؟  
..... (Hausarzt) طبيب العائلة ..... (Zahnarzt) طبيب الأسنان  ja  nein
4. Medikamente? هل تأخذ اي ادوية بانتظام؟  
لو كانت إجابتك نعم يرجى كتابة اسماء الادوية خلف الورقة.  ja  nein
5. Allergien? هل لديك اي نوع من الحساسية؟  ja  nein
6. Herzerkrankung? هل تعاني من امراض القلب؟مثلا اي خلل عضوي او عيب خلقي.  ja  nein
7. Hypertonie? هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟هل تعرف ضغط الدم عندك.  ja  nein
8. Herzschrittmacher? هل لديك جهاز تنظيم ضربات القلب؟  ja  nein
9. Lungenerkrankung? هل تعاني من خلل بالتنفس أو من اي مرض بالرئتين؟(مثلا الربو او السل).  ja  nein
10. Diabetes? هل لديك مرض السكري؟  ja  nein
11. Gerinnung? هل تعاني من خلل في تجلط الدم او من اعدم توقف الدم عند الجرح؟  ja  nein
12. Schilddrüse? هل تعاني من اضطرابات بالغدة الدرقية؟(نقص او زيادة في افرازات الهرمون).  ja  nein
13. Nierenerkrankung هل تعاني من امراض الكلى؟  ja  nein
14. Lebererkrankung? هل تعاني من اي من امراض الكبد؟(الوباء الكبدي أ ب ج, او داء الصفراء.  ja  nein
15. Anfallsleiden? هل وقع لك إغماء او فقدان وعي؟هل لديك الصرع؟  ja  nein
16. Glaucom? هل لديك ارتفاع ضغط العين؟(الجلوكوما)  ja  nein
17. Rheumatisches Fieber? هل تعاني من حمى الروماتيزم؟  ja  nein
18. Antibiotikaprophylaxe? هل تحتاج لمضاد حيوي قبل علاج الأسنان؟  ja  nein
19. Infektionserkrankung? هل لديك اي مرض معدي؟  ja  nein
20. HIV-positiv? هل لديك مرض الأيدز؟  ja  nein
21. Sonstige Erkrankungen? هل تعاني من اي امراض أخرى؟  ja  nein
22. Schwangerschaft? للنساء: هل انت حامل؟  ja  nein
23. Anliegen: - Beratung? حضورك هنا : - للإستشارة  ja  nein  
- Notfall? - علاج طارئ  ja  nein  
- Sanierung? - علاج متخصص  ja  nein  
- Überweisung? - بسبب تحويل من طبيب أخر  ja  nein
24. Zahnbehandlung? هل عالجت أسنانك بالسنة الماضية؟  ja  nein

Anmerkungen: ..... اي تعليق, أو طلب تريد وضعه في الإعتبار: .....

..... Datum التاريخ ..... Unterschrift التوقيع

überprüft/aktualisiert: Datum: ..... Behandler: .....