

**Nachname** ..... : שם משפחה  
**Vorname** ..... : שם פרטי  
**Geburtsdatum** ..... : תאריך לידה

**Patientenfragebogen**

שאלון לפציינט

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

	גא לסמן את התשובה המתאימה	<b>ja</b>	<b>nein</b>
		כן	לא
1. Unfall	תאונה ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gesundheitsänderung oder Gewichtsverlust?	שינוי במצב הבריאותי ? שינוי במשקל ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ärztliche Behandlung? (Hausarzt) רופא בית .....	טיפול רפואי ? רופא שיניים.....(Zahnarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medikamente?	תרופות ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allergien?	אלרגיות ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Herzerkrankung?	מחלות לב ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hypertonie? .....	היפרטוניה ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Herzschrittmacher?	קוצב לב ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lungenerkrankung?	מחלת ריאות ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diabetes?	סכרת ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gerinnung?	קרישה ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schilddrüse?	בלוטת התריס ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nierenerkrankung?	מחלת כליות ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lebererkrankung?	מחלת כבד ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Anfallsleiden?	כיפיון ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Glaucom?	גלאוקומה ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Rheumatisches Fieber?	קדחת רוימטית ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Antibiotikaprophylaxe?	מניעה אנטיביוטית ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Infektionserkrankung?	מחלה זיהומית ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. HIV-positiv?	נשא נגיף תסמונת הכשל החיסוני ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sonstige Erkrankungen? .....	מחלות נוספות ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schwangerschaft?	הריון ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Anliegen: - Beratung?	עניין: - יעוץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Notfall?	- מקרה חירום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sanierung?	שיקום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Überweisung? .....	- הפניה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Zahnbehandlung?	טיפול שיניים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: ..... הערות:

..... תאריך **Datum** ..... חתימה **Unterschrift**

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