صحيفة بيانات المريض

**Patientenerhebungsbogen** (arabisch)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | بيانات الاتصال الخاصة بالمريض | **Patientenkontaktdaten** |
|  | اللقب: | Familienname: |
|  | الاسم: | Vorname: |
|  | الشارع/رقم: | Straße/Hausnummer: |
|  | الرمز البريدي/المكان: | PLZ/Wohnort: |
|  | تاريخ الميلاد: | Geburtsdatum: |
|  | وضع المؤمن عليه: | Versichertenstatus: |
|  | **البيانات السبعة التالي اختيارية!** | **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** |
|  | الهاتف (الخاص): | Telefonnummer (privat): |
|  | الهاتف (الجوال): | Telefonnummer (mobil): |
|  | البريد الإلكتروني: | E-Mail: |
|  | المهنة: | Beruf: |
|  | اسم الممارس العام: | Hausarzt/Name: |
|  | هاتف الممارس العام: | Hausarzt/Telefonnummer: |
|  | عنوان الممارس العام: | Hausarzt/Anschrift: |

**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.

الترجمة إلى اللغة العربية

يُرجىالإجابةعلىالأسئلةالتاليةبشأنصحتكبدقة**!**تخضعالمعلوماتللسريةالطبيةويجريالتعاملمعالوصفاتالطبيةالخاصةبسرية.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | علم أمراض القلبية الوعائية | **Herz-/Kreislauferkrankungen** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | ضغط الدم الرتفع: | Hoher Blutdruck: |
| 🞏nein لا | ja🞏 نعم | ضغط الدم المنخفض: | Niedriger Blutdruck: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | أمراض صمامات القلب: | Herzklappenfehler: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | استبدال صمام القلب: | Herzklappenersatz: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | جهاز تنظيم ضربات القلب: | Herzschrittmacher: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | التهاب الشغاف: | Endokarditis: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | جراحة القلب: | Herzoperation: |
|  |  | **المرضى الذين يعانون من كبت المناعة** | **Immunsupprimierte Patienten** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | قلة العدلات الحادة | Hochgradige Neutropenie: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض التليف الكيسي: | Mukoviszidose-Erkrankung: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | زراعة عضو: | Organtransplantiert: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | زراعة خلايا جذعية: | Stammzellentransplantiert: |
|  |  | العدوى | **Infektiöse Erkrankungen** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | عدوى فيروس العوز المناعي البشري/مرحلة الإيدز: | HIV-Infektion/Stadium AIDS: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض الكبد/التهاب الكبد: | Lebererkrankung/Hepatitis: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض السُل | Tuberkulose: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | بكتريا مكورات عنقودية ذهبية مقاومة للميثيسيلين | MRSA: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض كروتزفيلد جاكوب (CJD)/متغير جديد مرض كورتزفيلد جاكوب (vCJD): | Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | أمراض أخرى | **Sonstige Krankheitsbilder** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | اضطرابات النوبات المرضية (الصرع): | Anfallsleiden (Epilepsie): |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | الربو/مرض الرئة: | Asthma/Lungenerkrankung: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | اضطرابات النزيف: | Blutgerinnungsstörungen: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض السكري/السكري: | Diabetes/Zuckerkrankheit: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | إدمان المخدرات: | Drogenabhängigkeit: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | أمراض الأعصاب: | Nervenerkrankung: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | أمراض الكلى: | Nierenerkrankungen: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | نوبات الإغماء: | Ohnmachtsanfälle: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض هشاشة العظام: | Osteoporose Erkrankung: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | التدخين: | Raucher: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | الروماتيزم/التهاب المفاصل: | Rheuma/Arthritis: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | مرض الغدة الدرقية: | Schilddrüsenerkrankung: |
|  |  | أمراض أخرى: | Sonstige Erkrankungen: |
|  |  | الحساسية و/أو الحساسية المفرطة | **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | التخدير الموضعي/الحقن: | Lokalanästhesie/Spritzen: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | المضادات الحيوية: | Antibiotika: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | المسكنات: | Schmerzmittel: |
|  |  | المعادن/هي: | Metalle/welche: |
|  |  | الحمل | **Schwangerschaft** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل أنتِ حامل؟ | Besteht eine Schwangerschaft? |
|  | Monat: شهر: | إذا كانت الإجابة بنعم، في أي شهر؟ | Wenn ja, in welchem Monat? |
|  |  | أشعة إكس | **Röntgen** |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل أجريت أشعة إكس على الأسنان؟ | Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? |
|  | Monat/Jahr: شهر/سنة | إذا كانت الإجابة بنعم، متى؟ | Wenn ja, wann? |
|  |  | الأدوية المتناولة | **Einnahme von Medikamenten** |
|  | منذ:/seit | ما هي العقاقير: | Welche Medikamente: |
|  | منذ:/seit | عقاقير أخرى: | Weitere Medikamente: |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل تتناول البيسفوسفونات؟ | Nehmen Sie Bisphosphonate? |
|  | منذ:/seit |  |  |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل تحصل على علاج كيماوي دوائي؟ | Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? |
|  | منذ:/seit |  |  |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل تحصل على علاج إشعاعي لمرض السرطان؟ | Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? |
|  | منذ:/seit |  |  |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل تتناول جرعات مرتفعة من الاستريودات/كابتات المناعة؟ | Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? |
|  | منذ:/seit |  |  |
| 🞏nein لا | ja 🞏 نعم | هل خضعت لعملية أكبر لدى المستشفى؟ | Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? |
|  | التاريخ:/Datum |  |  |

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

***أوافق على أنه بالنسبة للخدمات الخاصة بالأسنان أو طب الأسنان الشاملة، فإنه يتعين عليّ الدفع لطبيب الأسنان/فني الأسنان مقدمًا. في حالة الاستعلام عن الجدارة الائتمانية أوطلب المعلومات فإنه يجب إجراؤها لدى شركة حماية الائتمان.***

نعم ja□ لاnein □

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

*أوافق على الفرزالإلكتروني، والعلاج واستخدام بياناتي من أجل إدخالها في نظام الاستدعاء.*

نعم ja□ لاnein□

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

اتعهد بتقديم إخطار فوري بأي تغييرات تنشأ خلال فترة العلاج. علاوة على ذلك، اتعهد بالالتزام بمواعيد العلاج المتفق عليها أو بإلغائها بحوالي) 24) (۲۴(ساعة على الأقل قبل التاريخ المتفق عليه. أنا على دراية بأنه يمكن سداد فواتير بالنسبة للمواعيد التي لم تلغى أو لم يجري إلغاؤها في حينه.

............................................. , den ...................................... Unterschrift: .....................................................

............................................. :التوقيع..................................... المكان،التاريخ ........................................................