**Patientenerhebungsbogen** (italienisch)

**Questionario per il paziente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Dati di contatto del paziente** |  |
| Familienname: | Cognome: |  |
| Vorname: | nome: |  |
| Straße/Hausnummer: | indirizzo: |  |
| PLZ/Wohnort: | indirizzo: |  |
| Geburtsdatum: | nato/a il: |  |
| Versichertenstatus: | Stato dell’assicurato |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Il sette dati seguenti sono facoltativi:** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefono (privato): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Telefono (cellulare) |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Professione: |  |
| Hausarzt/Name: | Medico di famiglia nome: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Medico di famiglia telefono: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Medico di famiglia indirizzo: |  |

**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!

**La preghiamo di rispondere il più esattamente possibile alle seguenti domande sul Suo stato di salute!** Le indicazioni sono soggette al segreto professionale del medico e alle disposizioni di legge sulla protezione dei dati e vengono trattate con la massima riservatezza!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Malattie cardiovascolari** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Pressione sanguigna alta: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Niedriger Blutdruck: | Pressione sanguigna bassa: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzklappenfehler: | Vizio valvolare: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzklappenersatz: | Sostituzione valvola cardiaca: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzschrittmacher: | Pacemaker: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Endokarditis: | Endocardite: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzoperation: | Operazione cardiaca: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Pazienti immunodepressi** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Neutropenia acuta: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mucoviscidosi: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Organtransplantiert: | Sottoposto a trapianto di organi: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Stammzellentransplantiert: | Cellule staminali: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Malattie infettive:** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | Infezione HIV/Stadio AIDS | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Patologia epatica/Epatite | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Tuberkulose: | Tubercolosi | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Infektionskrankheiten (MRSA: | Altre malattie infettive | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Malattia di Creutzfeldt-Jacob (MCJ)/Nuova variante della malattia di Creutzfeldt-Jacob (vCJK): | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Erkrankungen** | **Altre malattie** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Epilessia: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Asma/Malattie polmonari: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Blutgerinnungsstörungen: | Disturbi della coagulazione del sangue: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diabete: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Drogenabhängigkeit: | Tossicodipendenza: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Nervenerkrankung: | Neuropatia: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Nierenerkrankungen: | Nefropatia: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Ohnmachtsanfälle: | Svenimenti: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporosi: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Raucher: | Fumatore/trice: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Rheuma/Arthritis: | Reumatismi/Artrite: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Schilddrüsenerkrankung: | Malattia della tiroide: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Sonstige Erkrankungen: | Altre malattie: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Allergie o intolleranze** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Anestesia locale/Iniezioni: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Antibiotika: | Antibiotici: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Schmerzmittel: | Analgesici: | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Metalle/welche: | Metalli: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Gravidanza** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | E’ in stato di gravidanza? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Se sì, in quale mese? | Monat: Mese: |  |
| **Röntgen** | **Radiografie** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | E’ già stato/a (sottoposto/a) a radiografie dentistiche? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Wenn ja, wann? | Se sì, quando? | Monat/Jahr: Mese/anno: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Assunzione di farmaci** |  |  |
| Welche Medikamente: | Quali farmaci: | seit/da: |  |
| Weitere Medikamente: | Altri farmaci: | seit/da: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Assume bisfosfonati? | 🞏 ja/si: | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/da: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Si sottopone a chemioterapia medica? | 🞏 ja/si: | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/da: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | E’ in radioterapia perché ammalato/a di cancro? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/da: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Assume forte dosi di steroidi / immunosoppressivi? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/da: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Ha subito operazioni importanti in ospedale? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
|  |  | Datum/data: |  |

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.

Approvo che, in caso di prestazioni odontoiatriche od odontotecniche di vasta portata, per le quali il/la mio/a dentista debba versare un anticipo finanziario all’odontotecnico, verranno eventualmente acquisite informazioni sulla mia solvibilità presso un ente finalizzato alla tutela del credito o presso un’agenzia di informazioni.

□ ja/si □ nein/no

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

Mi dichiaro d’accordo con la memorizzazione, l’elaborazione e l’uso elettronico dei miei dati per l’inserimento nel sistema recall.

□ ja/si □ nein/no

*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.*

*Mi impegno a comunicare immediatamente tutti i cambiamenti che si verificassero durante l’intero periodo terapeutico.*

*Mi impegno inoltre a rispettare gli appuntamenti per la terapia concordati oppure a disdirli con un preavviso di almeno 24 ore. Sono a conoscenza che gli appuntamenti non disdetti o non disdetti per tempo possono essermi addebitati in fattura.*

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

............................................. , li ........................................... Firma: ..................................................................