**Patientenerhebungsbogen** (montenegrinisch)

**Upitnik za pacijente** (crnogorski)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Kontaktnipodacipacijenta** |  |
| Familienname: | Prezime: |  |
| Vorname: | Ime: |  |
| Straße/Hausnummer: | Ulica/kućnibroj: |  |
| PLZ/Wohnort: | Poštanskibroj/mjestostanovanja: |  |
| Geburtsdatum: | Datum rođenja: |  |
| Versichertenstatus: | Brojosiguranla: |  |
| Liegt einPflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Postoji li određeni stepen njege?  Ako postoji, koji? | 🞏 ja/da 🞏 nein/ne  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Sedamnaknadnihizjava je**  **Dobrovoljno** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefonski broj (privatni): |  |
| Telefonnummer (mobil): | BrojTelefona(mobilni) |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Zanimanje: |  |
| Hausarzt/Name: | Kućni liječnik/ime: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Kućni liječnik/telefonski broj: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Kućni liječnik/adresa: |  |

**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.

**Molimo Vas da odgovorite što je moguće točnije na sljedeća pitanja o Vašem zdravstvenom stanju!** Vaše izjave spadaju pod liječničku obvezu čuvanja tajnosti te pod propise zaštite podataka i tretiraće se strogo povjerljivo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Kardiovaskularne bolesti** | |  | |  | |
| Hoher Blutdruck: | Visoki tlak | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| NiedrigerBlutdruck: | Niski tlak: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzklappenfehler: | Bolesti srčanih zalistaka: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzklappenersatz: | Umjetni srčani zalisci: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzschrittmacher: | Elektrostimulator srca: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Endokarditis: | Endokarditis: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzoperation: | Operacija srca: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| **ImmunsupprimiertePatienten** | **Pacijenti s imunosupresijom** | |  | |  | |
| HochgradigeNeutropenie: | Visokostupanjska neutropenija: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Cistična fibroza: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Organtransplantiert: | Transplantacija organa: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Stammzellentransplantiert: | Transplantacija matičnih ćelija: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| **InfektiöseErkrankungen** | **Infektivne bolesti** | |  | |  | |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | HIV infekcija/stadijum SIDA: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Oboljenja jetre/hepatitis: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Tuberkulose: | Tuberkuloza: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| MRSA: | MRSA: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/NeueVarianteder Creutzfeld-Jakob-Krankheit(vCJK): | Krojcfeld-Jakobova bolest (KJB)/Nova varijanta Krojcfeld-Jakobove bolesti (nKJB): | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| **SonstigeKrankheitsbilder** | | **Ostala oboljenja** | |  | |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | | Napadi (epilepsija): | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Asthma/Lungenerkrankung: | | Astma/oboljenje pluća: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Blutgerinnungsstörungen: | | Poremećaji hemostaze: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | | Dijabetes/šećerna bolest: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Drogenabhängigkeit: | | Ovisnost o drogama: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Nervenerkrankung: | | Bolest živaca: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Nierenerkrankungen: | | Oboljenje bubrega: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Ohnmachtsanfälle: | | Padanje u nesvijest: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| OsteoporoseErkrankung: | | Osteoporoza: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Raucher: | | Pušač: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Rheuma/Arthritis: | | Reuma/artritis: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Schilddrüsenerkrankung: | | Bolesti štitnjače: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| SonstigeErkrankungen: | | Ostala oboljenja: | |  | |  |
| **Allergienbzw. Unverträglichkeiten** | | **Alergije odn. nepodnosivosti** | |  | |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | | Lokalna anestezija/injekcije: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Antibiotika: | | Antibiotici: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Schmerzmittel: | | Sredstva protiv bolova: | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Metalle/welche: | | Metali/koji: | |  | |  |
| **Schwangerschaft** | | **Trudnoća** | |  | |  |
| BestehteineSchwangerschaft? | | Jeste li trudni? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Wenn ja, in welchem Monat? | | Ukoliko da, u kojemu mjesecu? | | Monat: Mjesec: | |  |
| **Röntgen** | | **Rendgen** | |  | |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | | Da li su izrađeni rendgenski snimci Vaših zubi? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Wenn ja, wann? | | Ukoliko da, kada? | | Monat/Jahr: Mjesec/godina: | |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | | **Uzimanje lijekova** | |  | |  |
| WelcheMedikamente: | | Koji lijekovi: | | seit/od: | |  |
| WeitereMedikamente: | | Ostali lijekovi: | | seit/od: | |  |
| NehmenSie Bisphosphonate? | | Otkada uzimate/Uzimate li bisfosfonate? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | | Otkada se nalazite/Nalazite li se u medikamentoznoj kemoterapiji? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | | Otkada se nalazite/Nalazite li se u radiacijonoj terapiji zbog oboljenja od raka? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | | Otkada uzimate/Uzimate li visokodozirane steroide/imunosupresive? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | | Datum/Jeste li imali veće operacije u bolnici? | | 🞏 ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | Datum/dana: | |  |

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.

Slažem se s time da se u slučaju opsežnih zubarskih usluga ili zubotehničarskih usluga, kod kojih moj zubar/moja zubarica mora zubotehničaru unaprijed izvršiti isplatu, u danom slučaju pribavi provjera moje kreditne sposobnosti od poduzeća za kreditnu sposobnost ili od jedne informacione agenture.

□ja/da □ nein/ne

|  |
| --- |
| Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.  Ovime potvrđujem, da se slažem elektronskom pohranom, obradom i uporabom mojih podataka kako bi se primili u tzv. Recall-System (podsjećivanje na termine i preglede).  □ja/da □ nein/ne |

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.

Obvezujem se odmah dojaviti sve promjene, do kojih dođe u toku ukupnog liječenja.

Osim toga se obvezujem držati se dogovorenih termina za liječenje odn. otkazati iste najmanje 24 sata unaprijed. Poznato mi je da mi se termini, koje nisam otkazao/la odn. nisam otkazao/la na vrijeme, mogu staviti u račun.

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

............................................. , dana...................................... Potpis: ................................................................