**Patientenerhebungsbogen** (rumänisch)

**Chestionar pentru pacienţi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Datele de contact ale pacientului** |  |
| Familienname: | Numele |  |
| Vorname: | Prenumele |  |
| Straße/Hausnummer: | Adresa |  |
| PLZ/Wohnort: | Adresa |  |
| Geburtsdatum: | născut(ă) la data de |  |
| Versichertenstatus: | Starea asiguratului |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Există un grad de nevoie de îngrijire?  Dacă da, care este acesta? |  ja/da  nein/nu   1  2  3  4  5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Comunicarea următoarelor șapte informații**  **sau date este opțională** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefon (privat) |  |
| Telefonnummer (mobil): | Telefon (mobil) |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Profesia |  |
| Hausarzt/Name: | Medicul de familie: Numele |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Medicul de familie: Telefon |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Medicul de familie: 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.

**Vă rugăm să răspundeţi cât mai precis la întrebările de mai jos, care se referă la starea dumneavoastră de sănătate!** Informaţiile pe care le furnizaţi prin acest chestionar sunt protejate atât de secretul profesional medical, cât şi de legislaţia privitoare la protecţia datelor, toate informaţiile fiind tratate cu cea mai severă confidenţialitate.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Boli cardio-vasculare** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Hipertensiune arterială |  ja/da |  nein/nu |
| Niedriger Blutdruck: | Hipotensiune arterială |  ja/da |  nein/nu |
| Herzklappenfehler: | Valvulopatie cardiacă |  ja/da |  nein/nu |
| Herzklappenersatz: | Proteză valvulară cardiacă |  ja/da |  nein/nu |
| Herzschrittmacher: | Stimulator cardiac |  ja/da |  nein/nu |
| Endokarditis: | Endocardită |  ja/da |  nein/nu |
| Herzoperation: | Operaţii pe cord |  ja/da |  nein/nu |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Pacienți cu imunosupresie** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Neutropenie de grad ridicat |  ja/da |  nein/nu |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mucoviscidoză |  ja/da |  nein/nu |
| Organtransplantiert: | Transplant de organe |  ja/da |  nein/nu |
| Stammzellentransplantiert: | Transplant de celule stem |  ja/da |  nein/nu |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Boli infecţioase:** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | Infecţie HIV/Stadiul SIDA |  ja/da |  nein/nu |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Boli hepatice/Hepatită |  ja/da |  nein/nu |
| Tuberkulose: | Tuberculoză |  ja/da |  nein/nu |
| MRSA: | MRSA: |  ja/da |  nein/nu |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Boala Creutzfeldt-Jakob (CJK)/noua variantă a bolii Creutzfeldt-Jakob (vCJK) |  ja/da |  nein/nu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Alte boli** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Boli care se manifestă prin crize (Epilepsie) |  ja/da |  nein/ne |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Boli astmatice/Boli ale plămânilor |  ja/da |  nein/ne |
| Blutgerinnungsstörungen: | Tulburări ale coagulării sângelui |  ja/da |  nein/ne |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diabet zaharat |  ja/da |  nein/ne |
| Drogenabhängigkeit: | Dependenţă de droguri |  ja/da |  nein/ne |
| Nervenerkrankung: | Boli ale sistemului nervos |  ja/da |  nein/ne |
| Nierenerkrankungen: | Boli ale rinichilor |  ja/da |  nein/ne |
| Ohnmachtsanfälle: | Lipotimii (leşinuri) |  ja/da |  nein/ne |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporoză |  ja/da |  nein/ne |
| Raucher: | Fumător |  ja/da |  nein/ne |
| Rheuma/Arthritis: | Boli reumatice/Artrită |  ja/da |  nein/ne |
| Schilddrüsenerkrankung: | Boli ale glandei tiroide |  ja/da |  nein/ne |
| Sonstige Erkrankungen: | Alte boli |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Alergii diverse respectiv intoleranţe** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Anestezie locală/injecţii |  ja/da |  nein/ne |
| Antibiotika: | Antibiotice |  ja/da |  nein/ne |
| Schmerzmittel: | Analgezice |  ja/da |  nein/ne |
| Metalle/welche: | Metale: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Sarcină** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Sunteţi gravidă |  ja/da |  nein/ne |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Dacă da, în ce lună? | Monat:  Luna: |  |
| **Röntgen** | **Roentgen** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | V-au fost executate în trecut radiografii dentare? |  ja/da |  nein/ne |
| Wenn ja, wann? | Dacă da, când anume? | Monat/Jahr: Luna/an: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Consum de medicamente** |  |  |
| Welche Medikamente: | Specificați medicamentele | seit/de la data de | |
| Weitere Medikamente: | Alte medicamente | seit/de la data de | |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Vi se administrează bifosfonaţi? |  ja/da |  nein/ne |
|  |  | seit/de la data de | |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Vă aflaţi sub chimioterapie medicamentoasă? |  ja/da |  nein/ne |
|  |  | seit/de la data de | |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Vă aflaţi sub radioterapie din cauza unei afecţiuni oncologice? |  ja/da |  nein/ne |
|  |  | seit/de la data de | |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Vi se administrează în doze mari steroizi / imunosupresive? |  ja/da |  nein/ne |
|  |  | seit/de la data de | |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Aţi fost supus în spital unor operaţii de mai mare anvergură? |  ja/da |  nein/ne |
|  |  | 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.

Sunt de acord ca în acele cazuri, în care am nevoie de lucrări de medicină sau de tehnică dentară de mai mare anvergură, pentru care medicul meu stomatolog trebuie să achite în avans şi din fondurile sale proprii anumite sume laboratorului de tehnică dentară, să se ceară o informaţie privitoare la bonitatea mea de la o unitate specializată în protecţia creditelor sau de la un birou de specializat în investigaţii.

□ ja/da □ nein/nu

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

Mă declar prin prezenta de acord cu stocarea electronică, cu prelucrarea şi cu utilizarea datelor mele în vederea înscrierii în sistemul Recall.

□ ja/da □ nein/nu

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.

Mă oblig să aduc fără întârziere la cunoştinţă eventuale modificări ale datelor de mai sus, dacă ele se produc pe toată durata tratamentului.

Mă oblig de asemenea să respect termenele stabilite de comun acord pentru şedinţele de tratament, respectiv să anunţ cu cel puţin 24 de ore înainte, dacă nu mă voi putea prezenta la termenul stabilit. Îmi este cunoscut faptul că mi se pot eventual factura costurile, pricinuite cabinetului datorită neprezentării mele la termenele stabilite, dacă nu voi fi anunţat imposibilitatea prezentării mele la acel termen cu cel puţin 24 de ore înainte.

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

............................................. , la data de................................... Semnătura ..........................................................