**Patientenerhebungsbogen** (mazedonisch)

**Анкетен прашалник за пациенти**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Контакт податоци за пациентот** |  |
| Familienname: | Презиме: |  |
| Vorname: | Име: |  |
| Straße/Hausnummer: | Улица/број: |  |
| PLZ/Wohnort: | Поштенски број/место: |  |
| Geburtsdatum: | Датум на раѓање: |  |
| Versichertenstatus: | Статус на осигуреник: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Дали постои одреден степен на нега? Доколку да, кој? | 🞏 ja да🞏 nein не  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Следните седум информации се доброволни!** | |
| Telefonnummer (privat): | Телефонски број (приватен): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Телефонски број (мобилен): |  |
| E-Mail: | Е-пошта: |  |
| Beruf: | Професија: |  |
| Hausarzt/Name: | Семеен лекар/Име и презиме: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Семеен лекар/Телефонски број: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Семеен лекар/Адреса: |  |

**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.

**Ве молиме да ги одговорите следните прашање за Вашата здравствена состојба најточно што може!** Податоците подлежат на лекарска обврска за доверливост и на условите за заштита на податоци и ќе се третираат строго доверливо.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Заболувања на срце и циркулаторен систем** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Високкрвенпритисок: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| NiedrigerBlutdruck: | Низоккрвенпритисок: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzklappenfehler: | Дефект на срцевизалистоци: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzklappenersatz: | Замена на срцевизалистоци: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzschrittmacher: | Пејсмејкер: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Endokarditis: | Ендокардитис: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Herzoperation: | Операцијанасрце: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| **ImmunsupprimiertePatienten** | **Имуносупримиранипациенти** |  |  |
| HochgradigeNeutropenie: | Тешканеутропенија: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Заболувањенацистичнафиброза: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Organtransplantiert: | Трансплантацијанаорган: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Stammzellentransplantiert: | Трансплантацијанаматичниклетки: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **InfektiöseErkrankungen** | **Инфективнизаболувања** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | ХИВ инфекција/ Стадиум СИДА: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Заболување на црн дроб/хепатит: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Tuberkulose: | Туберкулоза: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| MRSA: | МРСА: | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/NeueVarianteder Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Заболување Кројцфилд-Јакоб (СЈК)/Нова варијанта на заболување Кројцфилд-Јакоб (vСЈК): | 🞏 ja да | 🞏 nein не |
| **SonstigeKrankheitsbilder** | **Другизаболувања** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Напади (Епилепсија): |  jaда |  neinне |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Астма/Заболувања на бели дробови: |  jaда |  neinне |
| Blutgerinnungsstörungen: | Коагулопатија: |  jaда |  neinне |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Дијабетес/Шеќернаболест: |  jaда |  neinне |
| Drogenabhängigkeit: | Зависностоддрога: |  jaда |  neinне |
| Nervenerkrankung: | Нервнозаболување: |  jaда |  neinне |
| Nierenerkrankungen: | Заболувањанабубрези: |  jaда |  neinне |
| Ohnmachtsanfälle: | Синкопа: |  jaда |  neinне |
| OsteoporoseErkrankung: | Остеопорознозаболување: |  jaда |  neinне |
| Raucher: | Пушач: |  jaда |  neinне |
| Rheuma/Arthritis: | Реума/Артритис: |  jaда |  neinне |
| Schilddrüsenerkrankung: | Болест на тироида: |  jaда |  neinне |
| SonstigeErkrankungen: | Другизаболувања: |  |  |
| **Allergienbzw. Unverträglichkeiten** | **Алергии и хиперсензитивност** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Локалнаанестезија/шприцови: |  jaда |  neinне |
| Antibiotika: | Антибиотици: |  jaда |  neinне |
| Schmerzmittel: | Средствазаболка: |  jaда |  neinне |
| Metalle/welche: | Метали/кои: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Бременост** |  |  |
| BestehteineSchwangerschaft? | Далипостоибременост? |  jaда |  neinне |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Ако да, во кој месец? | Monat: Месец: |  |
| **Röntgen** | **Рендген** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Дали на вас биле изведувани дентални рендген снимања? |  jaда |  neinне |
| Wenn ja, wann? | Акода, кога? | Monat/Jahr: Месец/Година: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Земањеналекови** |  |  |
| WelcheMedikamente: | Коилекови: | seitОд: |  |
| WeitereMedikamente: | Дополнителнилекови: | seitОд: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Од кога/Дали земате биофосфонати? |  jaда |  neinне |
|  |  | seitОд: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Од кога/Дали сте под хемотерапија? |  jaда |  neinне |
|  |  | seitОд: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Од кога/Дали сте под радиотерапија поради заболување од рак? |  jaда |  neinне |
|  |  | seitОд: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Од кога?Дали земате високо дозирани стероиди/имуносупресиви? |  jaда |  neinне |
|  |  | seitОд: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Кој датум/Дали кај Вас биле изведени големи операции во болница? |  jaда |  neinне |
|  |  | Datum/Датум: |  |

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.

Во случај на обемни заболекарски или забно технички услуги за кои мојот заболекар треба да му плати аконтација на забниот техничар, согласен сум евентуално да се поднесе барање за бонитет кај компанија за кредитна заштита или да се побара информација.

□ ja да □ nein не

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

Се согласувам со електронско зачувување, обработка и користење на моите податоци за преземање во Recall-системот.

□ ja да □ nein не

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.

Се обврзувам веднаш да ги споделам сите промени кои ќе се случат за време на целиот третман. Дополнително се обврзувам да се придржувам до договорените термини за третман, односно да откажам најмалку 24 часа пред договорениот термин. Познато ми е дека ненавремено откажаните термини не се одземаат во сметката.

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

............................................. ,Датум..................................... Потпис: ........................................................