**Patientenerhebungsbogen** (serbisch)

**Upitnik o zdravstvenom stanju pacijenta** (srpski)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Podaci o pacijentu** |  |
| Familienname: | Prezime: |  |
| Vorname: | Ime: |  |
| Straße/Hausnummer: | Ulica/broj: |  |
| PLZ/Wohnort: | Poštanskibroj/grad: |  |
| Geburtsdatum: | Datum rođenja: |  |
| Versichertenstatus: | Status osiguranja: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Da li postoji određeni stepen nege?  Ako postoji, koji? | 🞏 ja/da 🞏 nein/ne  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Unos sledećihsedamstavkinijeobavezan!** |  |
| Telefonnummer (privat): | Brojtelefona (kućni): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Brojtelefona (mobilni): |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Zanimanje: |  |
| Hausarzt/Name: | Lekaropšteprakse/ime: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Lekar opšte prakse/broj telefona: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Lekaropšteprakse/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 štotačnijeodgovorite na sledećapitanja o Vašemzdravlju!**

Podacipodležuobavezičuvanjalekarsketajne i odredbama o Zaštitipodataka i njihovaobrada je strogopoverljiva.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Bolestisrca/krvotoka** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Visok krvnipritisak: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| NiedrigerBlutdruck: | Nizakkrvnipritisak: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzklappenfehler: | Oboljenjasrčanihzalistaka: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzklappenersatz: | Zamenasrčanihzalistaka: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzschrittmacher: | Pejsmejker: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Endokarditis: | Endokarditis: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzoperation: | Operacijasrca: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| **ImmunsupprimiertePatienten** | **Imunosuprimiranipacijenti** |  |  |
| HochgradigeNeutropenie: | Izraženaneutropenija: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mukoviscidoza: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Organtransplantiert: | Transplantacija organa: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Stammzellentransplantiert: | Transplantacija matičnihćelija: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| **InfektiöseErkrankungen** | **Infektivnebolesti** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | HIV infekcija/AIDS stadijum: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Bolestijetre/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-Jakobovabolest/nova varijantaKrojcfeld-Jakobovebolesti: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SonstigeKrankheitsbilder** | **Ostalebolesti** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Epilepsija: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Astma/bolestipluća: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Blutgerinnungsstörungen: | Poremećajkoagulacijekrvi: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Dijabetes/šećernabolest: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Drogenabhängigkeit: | Zavisnost od droge: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Nervenerkrankung: | Bolest nerava: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Nierenerkrankungen: | Bolestibubrega: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Ohnmachtsanfälle: | Nesvestice: | 🞏 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: | Bolest štitnežlezde: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| SonstigeErkrankungen: | Ostalebolesti: |  |  |
| **Allergienbzw. Unverträglichkeiten** | **Alergije, odnosnonetolerancije** |  |  | |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Lokalnaanestezija/injekcije | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
| Antibiotika: | Antibiotici: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
| Schmerzmittel: | Analgetici: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
| Metalle/welche: | Metali/koji: |  |  | |
| **Schwangerschaft** | **Trudnoća** |  |  | |
| BestehteineSchwangerschaft? | Da li stetrudni? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Ukoliko jeste, u kom mesecu? | Monat: Mesec: |  | |
| **Röntgen** | **Rendgen** |  |  | |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Da li ste radili rendgenskisnimakzuba/vilice? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
| Wenn ja, wann? | Ukolikojeste, kada? | Monat/Jahr: Mesec/godina: |  | |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Upotrebalekova** |  |  | |
| WelcheMedikamente: | Koji lekovi: | seit/od: |  | |
| WeitereMedikamente: | Ostalilekovi: | seit/od: |  | |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Uzimate li bifosfonate? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
|  |  | seit/od: |  | |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Da li primate hemoterapiju? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
|  |  | seit/od: |  | |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Da li ste na terapijizračenjemzbogmalignogoboljenja? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
|  |  | seit/od: |  | |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Da liuzimatevelikedozesteroida/imunosupresive? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
|  |  | seit/od: |  | |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Da li ste imalioperaciju? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne | |
|  |  | Datum/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.

Saglasan/na sam da kodvećihstomatološkihiliprotetičkihintervencijamora da se platipredujam, odnosno, da je u određenimslučajevimaneophodna provera kodkreditnogbiroa.

□ja/da □nein/ne

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

Saglasan/na sam sa elektronskim snimanjem, obradom i upotrebom mojih podataka za Recall-sistem.

□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.

Obavezujem se da ćupravovremenoprijavitisvepromenekojenastanutokomcelogperiodalečenja.

Takođe, obavezujem se da ću se pridržavatidogovorenihtermina, odnosno, da ćuotkazatinajmanje 24 sataprezakazanogtermina. Poznato mi je da se mogu naplatiti neotkazani termini, odnosno termini koji nisu blagovremeno otkazani.

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

............................................ , Datum ...................................... Potpis: ........................................................