**Patientenerhebungsbogen** (ukrainisch)

**Анкета опитування пацієнта**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Контактні дані пацієнта** | |
| Familienname: | Прізвище: |  |
| Vorname: | Ім’я: |  |
| Straße/Hausnummer: | Вулиця/Номер будинка: |  |
| PLZ/Wohnort: | Поштовий індекс/ місцезнаходження: |  |
| Geburtsdatum: | Дата народження: |  |
| Versichertenstatus: | Статус страхування: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Чи є якийсь ступінь догляду? Якщо так, то який з наступних? | 🞏 ja/ так 🞏 nein/ні  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Наступні сім пунктів інформації заповнюються за Вашим вибором!** | |
| Telefonnummer (privat): | Телефон (приватний): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Телефон (мобільний): |  |
| E-Mail: | Електронна пошта: |  |
| Beruf: | Професія: |  |
| Hausarzt/Name: | Сімейний лікар/Прізвище: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Сімейний лікар/Телефон: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Сімейний лікар/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.

**Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров’я!**

Інформація підпадає під дію правил медичної конфіденційності та захисту даних та буде розглядатися як суворо конфіденційна.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Серцево-судинні захворювання** | | |
| Hoher Blutdruck: | Високий тиск: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Niedriger Blutdruck: | Низький тиск: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Herzklappenfehler: | Порок серцевого клапана: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Herzklappenersatz: | Заміна серцевого клапана: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Herzschrittmacher: | Кардіостимулятор: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Endokarditis: | Кндокардит: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Herzoperation: | Операція на серці: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Пацієнти з ослабленим імунітетом** | | |
| Hochgradige Neutropenie: | Тяжка нейтропенія: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Хвороба муковісцидоз: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Organtransplantiert: | Пересаджений орган: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Stammzellentransplantiert: | Пересаджені стовбурові клітини: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Інфекційні хвороби** | | |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | ВІЛ-інфекція / стадія СНІДу: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Хвороба печінки / гепатит: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Tuberkulose: | Туберкульоз: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| MRSA: | Метицилін-резистентний золотистий стафілокок: (МРЗС) | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Хвороба Крейтцфельдта-Якоба (ХКЯ) / Новий варіант хвороби Крейтцфельдта-Якоба (вХКЯ) | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Інші клінічні картини** | | |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Судомний розлад (епілепсія) : | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Астма/захворювання легенів: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Blutgerinnungsstörungen: | Порушення згортання крові: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Цукровий діабет : | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Drogenabhängigkeit: | Наркотична залежність: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Nervenerkrankung: | Захворювання нервової системи: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Nierenerkrankungen: | Захворювання нирок: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Ohnmachtsanfälle: | Непритомність: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Osteoporose Erkrankung: | Захворювання остеопорозом: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Raucher: | Курець: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Rheuma/Arthritis: | Ревматизм/артрит: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Schilddrüsenerkrankung: | Захворювання щитовидної залози: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Sonstige Erkrankungen: | Інші захворювання: |  | | |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Алергія або непереносимість щодо:** | | |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Місцева анестезія / уколи: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Antibiotika: | Антибіотики: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Schmerzmittel: | Знеболюючі засоби: | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Metalle/welche: | Метали/перерахувати які: |  | |
| **Schwangerschaft** | **Вагітність** | | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Чи є у Вас вагітність? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Якщо так, то на якому місяці? | Monat: місяць: |  |
| **Röntgen** | **Рентген** | | |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Чи робили Вам рентген зубів? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
| Wenn ja, wann? | Якщо так, то коли? | Monat/Jahr: Місяць / рік |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Прийом ліків** | | |
| Welche Medikamente: | Які ліки: | seit/ з якої дати |  |
| Weitere Medikamente: | Інші ліки: | seit/ з якої дати |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Чи приймаєте Ви бісфосфонати? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
|  |  | seit/ з якої дати |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Чи проходите Ви медикаментозну хіміотерапію? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
|  |  | seit/ з якої дати : |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Чи проходите Ви променеву терапію при онкології? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
|  |  | seit/ з якої дати |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Чи приймаєте Ви високі дози стероїдів/імуносупресантів? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ні |
|  |  | seit/ з якої дати |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Чи були у Вас серйозні операції в лікарні? | 🞏 ja/ так | 🞏 nein/ ні |
|  |  | Datum/ дата : |  |

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.

Я згоден, що у випадку великого стоматологічного або зубопротезного втручання, при якому мій стоматолог виплачує аванс протезисту, в агентстві по захисту від кредитного шахрайства або в довідковому агентстві може бути запитана інформація про мою кредитоспроможність.

🞏 ja/ так 🞏 nein/ ні

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

Я даю згоду на обробку, зберігання, та використання персональних даних для включення їх в систему повторних викликів.

🞏 ja/ так 🞏 nein/ ні

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.

Зобов’язуюсь негайно повідомляти про будь-які зміни, що виникнуть протягом усього періоду лікування.

Крім того, я зобов’язуюся дотримуватися узгоджених прийомів / призначень лікування або скасувати щонайменше за 24 години до узгодженого прийому. Я знаю, що прийоми у лікаря, які не були скасовані вчасно, можуть виставлятися в рахунок для їх оплати.

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

............................................. , дата…………..................... Підпис: ...............................................