**Patientenerhebungsbogen** (ungarisch)

**Kérdőív páciensek számára**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Páciens elérhetőségei** |  |
| Familienname: | Vezetéknév: |  |
| Vorname: | Keresztnév: |  |
| Straße/Hausnummer: | Utca/házszám: |  |
| PLZ/Wohnort: | Irányítószám/lakcím: |  |
| Geburtsdatum: | Születési dátum: |  |
| Versichertenstatus: | Biztosítotti állapot: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja welcher? | Van ápolási fokozata? Ha van, melyik az? | 🞏 ja/ igen 🞏 nein/ nem  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Az alábbi hét kérdésre nem kötelező válaszolni!** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefonszám (lakás): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Telefonszám (mobil): |  |
| E-Mail: | E-mail: |  |
| Beruf: | Foglalkozás: |  |
| Hausarzt/Name: | Háziorvos/név: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Háziorvos/telefonszám: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Háziorvos/levelezési cím: |  |

**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.

**Kérjük, az egészségi állapotával kapcsolatos alábbi kérdésekre a lehető legpontosabban válaszoljon!** A megadott információkra az orvosi titoktartás szabályai és az adatvédelmi rendelkezések vonatkoznak, és azokat szigorúan bizalmasan kezeljük.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Szív-/keringési betegségek** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Magas vérnyomás: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Niedriger Blutdruck: | Alacsony vérnyomás: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Herzklappenfehler: | Szívbillentyűhiba: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Herzklappenersatz: | Szívbillentyűcsere: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Herzschrittmacher: | Szívritmus-szabályzó: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Endokarditis: | Endokarditisz: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Herzoperation: | Szívműtét: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Immunszupprimált páciensek** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Súlyos neutropénia: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mukoviszcidózis betegség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Organtransplantiert: | Szervtranszplantált: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Stammzellentransplantiert: | Őssejt-transzplantált: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Fertőző betegségek** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | HIV fertőzés/AIDS stádium: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Májbetegség/hepatitisz: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Tuberkulose: | Tuberkulózis: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| MRSA: | MRSA: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Creutzfeldt-Jakob-kór (CJD)/a Creutzfeld-Jakob-kór (vCJD) új változata: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Egyéb kórképek** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Rohamokkal járó rendellenesség (epilepszia): | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Asztma/tüdőbetegség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Blutgerinnungsstörungen: | Véralvadási zavarok: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diabétesz/cukorbetegség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Drogenabhängigkeit: | Kábítószer-függőség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Nervenerkrankung: | Idegrendszeri betegség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Nierenerkrankungen: | Vesebetegségek: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Ohnmachtsanfälle: | Ájulás: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporosis betegség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Raucher: | Dohányzás: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Rheuma/Arthritis: | Reuma/ízületi gyulladás: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Schilddrüsenerkrankung: | Pajzsmirigybetegség: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Sonstige Erkrankungen: | Egyéb betegségek: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Allergia vagy intolerancia** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Helyi érzéstelenítés/injekció: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Antibiotika: | Antibiotikumok: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Schmerzmittel: | Fájdalomcsillapítók: | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Metalle/welche: | Fémek/nevezze meg: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Terhesség** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Fennáll terhesség? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Ha igen, melyik hónapban? | Monat: Hónap: |  |
| **Röntgen** | **Röntgen** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Készítettek Önről fogászati röntgenfelvételt? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
| Wenn ja, wann? | Ha igen, mikor? | Monat/Jahr: Hónap/év: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Gyógyszerek szedése** |  |  |
| Welche Medikamente: | Milyen gyógyszerek: | seit/ mivel: |  |
| Weitere Medikamente: | Egyéb gyógyszerek: | seit/ mivel: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Szed biszfoszfonátokat? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
|  |  | seit/ mivel: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Gyógyszeres kemoterápiában részesül? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
|  |  | seit/ mivel: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Rák miatt sugárkezelés alatt áll? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
|  |  | seit/ mivel: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Nagy dózisú szteroidokat/ immunszupresszánsokat szed? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
|  |  | seit/ mivel: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Volt már nagyobb kórházi műtétje? | 🞏 ja/ igen | 🞏 nein/ nem |
|  |  | Datum/ dátum: |  |

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.

Hozzájárulok ahhoz, hogy olyan átfogó fogászati vagy fogtechnikai szolgáltatások esetén, amelyeknél a fogorvosomnak előleget kell fizetnie a fogtechnikus részére, a fogorvos egy hitelvédelmi társaságnál érdeklődhet, ill. tájékoztatást kérhet a fizetőképességemmel kapcsolatban.

□ ja / IGEN □ nein / NEM

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

Kijelentem, hogy hozzájárulok adataim elektronikus tárolásához, feldolgozásához és felhasználásához a visszahívó rendszerbe való felvétel céljából.

□ ja / IGEN □ nein / NEM

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.

Vállalom, hogy a kezelés időtartama alatt bekövetkező változásokról haladéktalanul tájékoztatást adok.

Ezen túlmenően vállalom, hogy a megbeszélt kezelési időpontokban megjelenek, ill. azokat legkésőbb a megbeszélt időpont előtt 24 órával lemondom. Tisztában vagyok azzal, hogy a le nem mondott vagy későn lemondott időpontokat kiszámlázhatják nekem.

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

............................................. , dátum: ...................................... aláírás: .....................................................

(Helyszín/dátum)/ (Ort/Datum), (den) (Unterschrift)