(kurdisch-sorani)

**پرسیار له‌ کاتی چاره‌سه‌ری فریاکه‌وتن ئه‌گه‌ر گیروگرفتی زمان هه‌بێ**

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

به‌روار: Datum:

نه‌خۆش (نازناو ، ناو ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient (Name, Vorname):

رۆژی له‌ دایکبون: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum:

**تکایه‌ وه‌ڵامی ئه‌م پرسیارانه‌ بده ره‌‌وه:** Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

له‌ کوێ ئازارت هه‌یه‌؟: Wo haben Sie Schmerzen?

🞏 دواوه پێشه‌وه 🞏 لای چه‌پ 🞏 لای راست 🞏 دانه‌کانی سه‌ره‌وه ‌ 🞏‌

hinten vorne links rechts Oberkiefer

🞏 دواوه پێشه‌وه 🞏 لای چه‌پ 🞏 لای راست 🞏 دانه‌کانی خواره‌وه‌ ‌ 🞏‌

hinten vorne links rechts Unterkiefer

ئه‌مه‌ چه‌ند ڕۆژه‌ ئازارت هه‌یه‌؟: Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

زیاتر له‌ سێ ڕۆژ 🞏 ‌ سێ ڕۆژ 🞏‌ دوو ڕۆژ 🞏 ‌ یه‌ک ڕۆژ‌🞏‌

mehr als 3 Tage 3 Tage 2 Tage 1 Tag

هێزی ئازاره‌که‌ت چه‌نده‌: Wie stark sind Ihre Schmerzen?

🞏 10 🞏 9 🞏 8 🞏 7 🞏 6 🞏 5 🞏 4 🞏 3 🞏 2 🞏 1

( 1 = که‌م ، 10 = زۆر به‌هێزه‌ ) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

جۆره‌ی ئازاره‌که‌ت چۆنه‌؟ Beschreiben Sie den Schmerz:

بێ وه‌ستان 🞏 ‌جار به‌ جار 🞏 لێدان 🞏 وه‌ک بریسکه 🞏 ناره‌حه‌ت 🞏

ununterbrochen zeitweise klopfend stechend dumpf

روومه‌تت ئاوساوه‌ (جداعه‌ت کردوه)؟ Haben Sie eine “dicke Backe” (Abszess, Eiteransammlung)?

نا 🞏 به‌ڵی 🞏

nein ja

له‌ که یه‌وه روومه‌تت ئاوساوه‌؟: Seit wann haben Sie eine “dicke Backe”?

زیاتر له‌ سێ ڕۆژ 🞏 ‌ سێ ڕۆژ 🞏‌ دوو ڕۆژ 🞏 ‌ یه‌ک ڕۆژ‌🞏‌

mehr als 3 Tage 3 Tage 2 Tage 1 Tag

ده‌رمان ئه‌به‌ی (ئه‌خۆی)؟ Nehmen Sie Medikamente?

نا 🞏 به‌ڵی 🞏

nein ja

هیچ ده‌رمانت پێ یه؟ Haben Sie Medikamente dabei?

نا 🞏 به‌ڵی 🞏

nein ja

حه‌بی ئازار؟ Schmerztabletten?

ئه‌گه‌ر به‌ڵی جۆره‌که‌ی \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نا 🞏 به‌ڵی 🞏

wenn ja, welche? nein ja

حه‌بی دژ به‌ چڵک (ئانتی بیۆتیک) Antibiotika?

ئه‌گه‌ر به‌ڵی جۆره‌که‌ی \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نا 🞏 به‌ڵی 🞏

wenn ja, welche? nein ja

ده‌رمانی خه‌ستکردنه‌وه‌ی خوێن Blutverdünner?

ئه‌گه‌ر به‌ڵی جۆره‌که‌ی \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نا 🞏 به‌ڵی 🞏

wenn ja, welche? nein ja

ئه‌نجامدانی پێویست

Notwendige Maßnahmen

ئه‌م پرسیارانه‌ی خواره‌وه‌ له‌ لایه‌ن پزیشکی دان پڕده‌کرێته‌وه‌.

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

ئه‌مه‌وه‌ێ ئه‌م جۆره‌ پێداویستیانه‌ بۆ تۆ ئه‌نجام بده‌م:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

**ر**ـ وێنه‌گرتنی سۆنه‌ 🞏

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

ـ ئه‌بێت دان هه‌ڵبکێشرێت 🞏

Zahn muss gezogen werden

ـ ئه‌بێت دان پڕ بکرێته‌وه‌ 🞏

Zahn benötigt eine Füllung

ـ ئه‌بێت ڕه‌گی دان چاره‌سه‌ر بکرێت 🞏

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

ـ ده‌رزی بێ هۆشی بۆ دان 🞏

Betäubungsspritze für den Zahn

ـ جه‌راعه‌تی دومه‌ڵ به‌ بڕین ده‌ربکرێت ‌‌‌ 🞏

Abszess muss aufgeschnitten werden

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هیچ پرسیارم له‌ پزیشکی دان نه‌ ماوه‌ و رازیم له‌ سه‌ر ئه‌نجامدانی چاره‌سه‌ری هه‌لبژێردراو بۆ دانم:

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

نا 🞏 به‌ڵی 🞏

nein ja

**واژوی (ئیمزا) نه‌خۆش** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

بۆ جاری داهاتوو: به‌رده‌وامی چاره‌سه‌رکردن پشکنین پێوسته‌

Ein weiterer Behandlungstermin 🞏/Kontrolltermin 🞏 ist nötig.

تکایه‌ ڕۆژی......... کاتژمێر ......... جارێکیتر وه‌ره‌وه‌.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

ـ هێنانی نامه‌ی رازیبوون بۆ لای نشته‌گه‌ری ده‌م ، چه‌ناگه‌ و ده‌م و چاو بۆ به‌رده‌وامبوون له‌ چاره‌سه‌رکردن ...

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung 🞏.

ـ ده‌کرێ که‌ به‌ پێی یاسای په‌نابه‌ری نرخی چاره‌سه‌رکردن زیاتر نه‌ درێت

Es besteht 🞏 weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

ئاگاداری:

Hinweise:

ـ تکایه‌ بۆ هاتنی داهاتوت زمان وه‌رگێرێک له‌ گه‌ڵ خۆت بهێنه‌.

ـ ئه‌گه‌ر تا ئێستا نامه‌ی رازیبوونی چاره‌سه‌رکردنت نه‌هێنابێت ، تکایه‌ جاری داهاتوو بیهێنه‌.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

مۆرى عه ياده

Praxisstempel