**Patientenerhebungsbogen** (polnisch)

**Ankieta dla pacjenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Dane kontaktowe pacjenta** |  |
| Familienname: | Nazwisko: |  |
| Vorname: | imię Pacjenta: |  |
| Straße/Hausnummer: | Adres: |  |
| PLZ/Wohnort: | Adres: |  |
| Geburtsdatum: | data urodzenia: |  |
| Versichertenstatus: | Status ubezpieczonego: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Czy istnieje stopień niepełnosprawności?  Jeśli tak, to jaki? | 🞏 tak/tak 🞏 nie/nie  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Podanie siedmiu poniższych  informacji jest dobrowolne!** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefon (prywatny): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Telefon (komórka): |  |
| E-Mail: | Adres e-mail: |  |
| Beruf: | Zawód: |  |
| Hausarzt/Name: | Lekarz rodzinny / Nazwisko: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Lekarz rodzinny / Telefon: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Lekarz rodzinny / Adres: |  |

**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.

**Proszę podać dokładne odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące Pani/Pana stanu zdrowia!** Zebrane dane są ściśle poufne, podlegają tajemnicy lekarskiej oraz przepisom o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Choroby serca/układu krążenia** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | nadciśnienie krwi | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Niedriger Blutdruck: | niskie ciśnienie krwi | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Herzklappenfehler: | wady zastawki serca | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Herzklappenersatz: | sztuczna zastawka serca | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Herzschrittmacher: | rozrusznik serca | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Endokarditis: | zapalenie wsierdzia | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Herzoperation: | operacja serca | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Pacjenci z immunosupresją** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | ostra neutropenia | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | mukowiscydoza | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Organtransplantiert: | transplantacja organów | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Stammzellentransplantiert: | transplantacja komórek macierzystych | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Choroby zakaźne** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | zakażenie wirusem HIV/właściwe stadium AIDS | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | schorzenia wątroby/zapalenie wątroby | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Tuberkulose: | gruźlica | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| MRSA: | inne choroby zakaźne | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Choroba Creutzfelda-Jakoba (CJK) / Nowy wariant choroby Creutzfeldta-Jakob (vCJK) | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Inne choroby** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | padaczka (epilepsja) | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Asthma/Lungenerkrankung: | astma/choroby płuc | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Blutgerinnungsstörungen: | zaburzenia krzepnięcia krwi | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | cukrzyca | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Drogenabhängigkeit: | uzależnienie od narkotyków | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Nervenerkrankung: | choroby neurologiczne | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Nierenerkrankungen: | choroby nerek | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Ohnmachtsanfälle: | omdlenia | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Osteoporose Erkrankung: | osteoporoza | 🞏 ja/tak ja | 🞏 nein/nie |
| Raucher: | palenie papierosów | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Rheuma/Arthritis: | reumatyzm/artretyzm | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Schilddrüsenerkrankung: | choroby tarczycy | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Sonstige Erkrankungen: | Inne choroby |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Alergie lub nietolerancje** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | znieczulenia miejscowe/zastrzyki | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Antibiotika: | antybiotyki | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Schmerzmittel: | środki przeciwbólowe | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Metalle/welche: | Metale |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Ciąży** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Czy jest Pani w ciąży? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Jeśli tak, to w którym miesiącu? | Monat: Mjesec: |  |
| **Röntgen** | **Rentgen** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Czy wykonywano Pani/Panu zdjęcia rentgenowskie zębów? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
| Wenn ja, wann? | Jeśli tak, to kiedy? | Monat/Jahr: Mjesec/godina: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Przyjmowane leki** |  |  |
| Welche Medikamente: | Jakie leki | seit/od: |  |
| Weitere Medikamente: | Pozostałe leki | seit/od: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Czy przyjmuje Pani/Pan bisfosfonaty? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
|  |  | seit/od: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Czy poddawana/-y jest Pani/Pan chemioterapii lekowej? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
|  |  | seit/od: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Czy poddawana/-y jest Pani/Pan terapii radiacyjnej w leczeniu choroby nowotworowej? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
|  |  | seit/od: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Czy przyjmuje Pani/Pan steroidy/leki immunosupresyjne w dużych dawkach? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
|  |  | seit/od: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Czy u Pani/Pana zostały przeprowadzane większe operacje w szpitalu? | 🞏 ja/tak | 🞏 nein/nie |
|  |  | Datum/Data: |  |

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.

W przypadku wykonywania szerszych usług dentystycznych lub protetycznych/ortodoncyjnych, z tytułu których mój stomatolog będzie musiał uiścić płatności na rzecz protetyka/ortodonty, wyrażam zgodę na zasięgnięcie informacji o wypłacalności w instytucji kredytowej lub wywiadowni gospodarczej.

□ ja/tak □ nein/nie

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

Wyrażam zgodę na elektroniczny zapis podanych przeze mnie danych, ich edycję i wykorzystanie dla celów ich rejestracji w systemie Recall.

□ ja/tak □ nein/nie

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.

Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania o wszelkich zmianach, jakie zaistnieją podczas trwania całego okresu leczenia.

Ponadto zobowiązuję się do dotrzymywania ustalonych terminów wizyt oraz do informowania o rezygnacji z ustalonego terminu wizyty z co najmniej 24godzinnym wyprzedzeniem. Poinformowano mnie, że ponosić będę koszty wizyt, które nie zostaną odwołane w stosownym terminie.

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

............................................. , dnia...................................... Podpis: ...............................................................