**Patientenerhebungsbogen** (türkisch)

**Hasta anket formu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Hastanın** |  |
| Familienname: | Soyadı |  |
| Vorname: | Adı |  |
| Straße/Hausnummer: | Adresi |  |
| PLZ/Wohnort: | Adresi |  |
| Geburtsdatum: | Doğum tarihi |  |
| Versichertenstatus: | Sigorta durumu: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Bir bakım düzeyi var mı?  Eğer öyleyse hangisi? | 🞏 ja/evet 🞏 nein/hayır  🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Takip eden yedi adet bilgi**  **isteğe bağlıdır!** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefon (özel) |  |
| Telefonnummer (mobil): | Telefon numarası (mobil) |  |
| E-Mail: | E-Posta |  |
| Beruf: | Meslek |  |
| Hausarzt/Name: | Ev doktoru: Adı |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Ev doktoru: Telefon |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Ev doktoru: Adresi |  |

**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.

**Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları olabildiğince tam olarak yanıtlayınız!** Bilgiler, tıbbi gizliliğe ve veri koruma yasası talimatnamelerine tabi olup kesinlikle gizli tutulacaktır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Kalp/kan dolaşımı hastalıkları:** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Yüksek tansiyon | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Niedriger Blutdruck: | Düşük tansiyon | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Herzklappenfehler: | Kalp kapağı kusurları | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Herzklappenersatz: | Yapay kalp kapağı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Herzschrittmacher: | Kalp pili | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Endokarditis: | Endokard iltihabı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Herzoperation: | Kalp ameliyatı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Yüksek dereceli nötropeni | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mukoviszidoz rahatsızlığı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Organtransplantiert: | Organ nakledilmiştir | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Stammzellentransplantiert: | Kök hücre nakledilmiştir | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Bulaşıcı hastalıklar** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | HIV enfeksiyonu/AIDS evresi | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Karaciğer rahatsızlığı/hepatit | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Tuberkulose: | Tüberküloz (verem) | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| MRSA: | MRSA | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJD)/ Yeni varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığı (nvCJD) | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Diğer rahatsızlıklar** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi) | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Astım/Akciğer rahatsızlıkları | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Blutgerinnungsstörungen: | Kan pıhtılaşması bozuklukları | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diyabet/Şeker hastalığı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Drogenabhängigkeit: | Uyuşturucu bağımlılığı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Nervenerkrankung: | Sinir hastalığı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Nierenerkrankungen: | Böbrek rahatsızlıkları | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Ohnmachtsanfälle: | Bayılma (senkop) atakları | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporoz rahatsızlığı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Raucher: | Sigara içen | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Rheuma/Arthritis: | Romatizma/artirit (eklem itihabı) | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Schilddrüsenerkrankung: | Troit bezi (guatr) rahatsızlığı | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır |
| Sonstige Erkrankungen: | Diğer rahatsızlıklar: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Alerjiler veya enkompatibiliteler** |  |  | |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Lokal anestezi/enjeksiyonlar | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
| Antibiotika: | Antibiyotikler | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
| Schmerzmittel: | Ağrı kesici ilaçlar | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
| Metalle/welche: | Metaller |  |  | |
| **Schwangerschaft** | **Gebelik** |  |  | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Gebelik durumu mevcut mu? | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Yanıt evetse, kaçıncı aydasınız? | Monat: Ay |  | |
| **Röntgen** | **Röntgen filmi** |  |  | |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Diş hekimliği ile ilgili röntgen filmi çektirdiniz mi? | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
| Wenn ja, wann? | Yanıt evetse, ne zaman? | Monat/Jahr: Ay/Yil |  | |
| **Einnahme von Medikamenten** | **İlaç alımı** |  |  | |
| Welche Medikamente: | Hangi ilaçlar | seit/beri |  | |
| Weitere Medikamente: | Daha sonra alınacak ilaçlar | seit/beri |  | |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Bisfosfonat alıyor musunuz? | 🞏 ja/evet: | 🞏 nein/hayır | |
|  |  | seit/beri |  | |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Size, tıbbi yönden kemoterapi uygulanıyor mu? | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
|  |  | seit/beri |  | |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Size, kanser hastalığından dolayı ışın tedavisi uygulanıyor mu? | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
|  |  | seit/beri |  | |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Yüksek dozda steroidler / immünsupresifler alıyor musunuz? | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
|  |  | seit/beri |  | |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Hastanede büyük çaplı ameliyat geçirdiniz mi? | 🞏 ja/evet | 🞏 nein/hayır | |
|  |  | Datum/Tarih: |  | |

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, gegebenen-falls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Diş doktorumun, diş teknisyenlerine ön ödeme yapmak zorunda kalacağı kapsamlı diş doktoru veya diş tekniği ile ilgili hizmetlerde gerektiğinde kredi koruma şirketinden veya kişiler hakkında bilgi veren istihbarat bürosundan kredibilite sorgulaması yapmasını kabul ederim.

□ ja/evet □ nein/hayır

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

Bilgilerimin elektronik ortamda hafızalanmasını, işleme tabi tutulmasını ve geri çağırma sistemine alınmasına ilişkin verilerimin kullanılmasını kabul ediyorum.

□ ja/evet □ nein/hayır

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.

Tüm tedavi süresi boyunca bütün değişiklikleri derhal bildireceğimi taahhüt ederim.

Buna ek olarak kararlaştırılan tedavi randevularına uyacağımı ve iptal etme durumunda en azından kararlaştırılan randevudan 24 saat öncesinde haber vereceğimi taahhüt ederim. Gelmediğim veya zamanında iptal etmediğim randevuların faturalandırılacağı tarafımdan bilinmektedir.

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

Yer: ........................................... Tarih: .................................... İmza: ..................................................................