

(arabisch)

استمارة حصر بيانات عن المريض لغرض العلاج الطبي كحالة طارئة في حالة عدم المقدرة على التفاهم اللغوي Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

التاريخ:

Datum: _____

المريض (الاسم والنسبة):

Patient (Name, Vorname): _____

تاريخ الولادة:

Geburtsdatum: _____

يرجى الرد على الاسئلة التالية:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

أين تشعر بالألم؟
Wo haben Sie Schmerzen?
 الفك العلوي Oberkiefer اليمين rechts اليسر links الأمام vorne الخلف hinten
 الفك السفلي Unterkiefer اليمين rechts اليسر links الأمام vorne الخلف hinten

منذ كم يوم تشعر بهذا الألم؟
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?
 1 Tag يوم واحد 2 Tage يومين 3 Tage 3 ايام أكثر من 3 ايام mehr als 3 Tage

كم هي حدة الألم؟
Wie stark sind Ihre Schmerzen?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

وصف الألم:
Beschreiben Sie den Schmerz:
 dumpf غير حاد حاد stechend ضارب klopfend أحيانا zeitweise بلا انقطاع ununterbrochen

هل لديك تورم في الوجنة (دمل، خراج)؟
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?
 ja نعم nein لا

منذ متى وجنتك متورمة؟
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?
 1 Tag يوم واحد 2 Tage يومين 3 Tage 3 ايام أكثر من 3 ايام mehr als 3 Tage

هل تتعاطى أدوية؟
Nehmen Sie Medikamente?
 ja نعم nein لا

هل أن الأدوية معك الآن؟
Haben Sie die Medikamente dabei?
 ja نعم nein لا

مسكنات ألم؟
Schmerztabletten?
 ja نعم nein لا
إن كان الجواب نعم فماهي هذه؟
Wenn ja, welche: _____

مضادات حيوية؟
Antibiotika?
 ja نعم nein لا
إن كان الجواب نعم فماهي هذه؟
Wenn ja, welche: _____

مسيل للدم؟
Blutverdünner?
 ja نعم nein لا
إن كان الجواب نعم فماهي هذه؟
Wenn ja, welche: _____

إجراءات ضرورية

Notwendige Maßnahmen

تملأ الملاحظات التالية من قبل طبيب الأسنان:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

أريد القيام بالإجراءات التالية في حالتك:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

التقاط صور أشعة سينية

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

لايد من خلع السن

Zahn muss gezogen werden

السن بحاجة إلى حشوة

Zahn benötigt eine Füllung

السن بحاجة إلى علاج الجذر

Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung

حقنة مخدر للسن

Betäubungsspritze für den Zahn

لايد من شق الدمل (الخراج)

Abszess muss aufgeschnitten werden

ليست لدي أسئلة أخرى أوجهها للطبيب وأنا موافق على القيام بالإجراءات المؤشر عليها.

ja نعم nein لا

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

توقيع المريض: _____

Unterschrift Patient



موعد متابعة طبية آخر ضروري./موعد مراجعة آخر ضروري للعلاج

Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.

يرجى منك الحضور بتاريخ.....في الساعة..... إلى العيادة مجدداً.

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

تحويل إلى جراح أخصائي بالفم والفك وجراحة الوجه لغرض متابعة العلاج

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

ختم العيادة

Praxisstempel

أنت بحاجة إلى المزيد من العلاج الذي لا يمكن تغطية تكاليفه من قبل الدولة وفقاً لقانون إعانات اللاجئين.

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht möglich ist.

ملاحظة: يرجى اصطحاب مترجم معك للموعد القادم. كما يرجى جلب شهادة صرف علاج طبي في حالة عدم تقديمك ذلك لحينه.

Hinweise:

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

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