

پرسشنامه برای درمان اورژانس در موقعی که مشکلات زبانی وجود داشته باشد. Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

تاریخ:
Datum:

بیمار (اسم و اسم فامیل):
Patient (Vorname):

تاریخ تولد:
Geburtsdatum:

خواهشمند است شما بسنوالات زیر جواب دهید:
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

کجای فک شما درد میکند؟
Wo haben Sie Schmerzen?

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> عقب
hinten | <input type="checkbox"/> جلو
vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ
links | <input type="checkbox"/> طرف راست
rechts | <input type="checkbox"/> فک بالا
Oberkiefer |
| <input type="checkbox"/> عقب
hinten | <input type="checkbox"/> جلو
vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ
links | <input type="checkbox"/> طرف راست
rechts | <input type="checkbox"/> فک پائین
Unterkiefer |

چند روز است که احساس درد میکنید؟
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?
 1 2 3 بیش از 3 روز
1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

شدت درد را مشخص کنید:
Wie stark sind Ihre Schmerzen?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten) (10 = شدتی که قابل تحمل نیست)

درد بچه صورتی میباشد؟
Beschreiben Sie den Schmerz:

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> همیشه
ununterbrochen | <input type="checkbox"/> گاه گاهی
zeitweise | <input type="checkbox"/> ضربه زدنه
klopfend | <input type="checkbox"/> تند
stechend | <input type="checkbox"/> کسل کننده
dumpf |
|--|--|--|--|---|
- خیر بله
nein ja

ایا فک شما ورم کرده؟ (آبسه، تجمع چرک)
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

چند روز است که فک شما ورم کرده؟
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?
 1 2 3 بیش از 3 روز
1 Tag 2 Tage 3 Tage ...mehr als 3 Tage

آیا دوائی مصرف میکنید:
Nehmen Sie Medikamente?

- بله خیر
ja nein

آیا ان دوا همراهتان میباشد؟
Haben Sie Medikamente dabei?

- بله خیر
ja nein

مسکن درد
Schmerztabletten?
..... اگر بله نام دوا
Wenn ja, welche? خیر بله
nein ja

انتی بیوتیک
Antibiotika?
..... اگر بله نام دوا
Wenn ja, welche? خیر بله
nein ja

رقیق کننده خون
Blutverdünner?
..... اگر بله نام دوا
Wenn ja, welche? خیر بله
nein ja

اقدامات لازمه

Notwendige Maßnahmen

این قسمت بوسیله دکتر دندانپزشک پر میشود

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

من قصد دارم این اقدامات را انجام دهم:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

عکسبرداری (رادیوگرافی)

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

دندان باید کشیده شود

Zahn muss gezogen werden

دندان باید پر شود

Zahn benötigt eine Füllung

دندان احتیاج به معالجه ریشه دندان را دارد

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

تزریق بی حس کننده

Betäubungsspritze für den Zahn

آبسه را باید باز کرد

Abszess muss aufgeschnitten werden

خیر

nein

بله

ja

من سؤال دیگری از دکتر ندارم و با اقدامات بالا که با X مشخص شده موافقم.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen, die mit X gekennzeichnet sind, einverstanden.

امضاء بیمار.....

chrift PatientUnters



مهر مطب
Praxisstempel

لازم میباشد.

جهت کنترل

ملاقات دیگری جهت معالجه

Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.

خواهشمند است در تاریخ.....در ساعت..... دوباره به مطب مراجعه فرمائید.

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

انتقال به جراح دهان-، فک- و صورت

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

تذکرات: خواهشمند است برای جلسه آینده یک نفر را همراه خود بیاورید که بزبان المانی تسلط داشته باشد.

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

جلسات دیگری جهت معالجه لازم میباشد که مخارج آن متأسفانه مطابق قانون پناهندگان پرداخت نمیشود

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für die eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist

اگر تا بحال ورقه قبول مخارج معالجه را نیاورده اید خواهشمند است که در جلسه آینده این ورقه را با خود بیاورید.

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