

(türkisch)

Dil bariyeri olması durumunda acil tedaviye ilişkin soru formu

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Tarih:

Datum:

Hasta (soyadı, adı):

Patient (Name, Vorname):

Doğum tarihi:

Geburtsdatum:

Siz aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Nerede ağrınız var?

Wo haben Sie Schmerzen?

üst çene

Oberkiefer

sağ

rechts

sol

links

ön

vorne

arka

hinten

alt çene

Unterkiefer

sağ

rechts

sol

links

ön

vorne

arka

hinten

Ağrılarınız kaç günden beri var?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 gün

1 Tag

2 gün

2 Tage

3 gün

3 Tage

3 günden fazla

mehr als 3 Tage

Ağrınız hangi şiddette?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= hafif, 10 = dayanılacak gibi değil) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Ağrınızı tarif ediniz:

Beschreiben Sie den Schmerz:

küt

dumpf

batıcı

stechend

zonklayıcı

klopfend

ara sıra

zeitweise

sürekli

ununterbrochen

“Yanağınızda şişlik” var mı (apse, irin birikimi)?

Haben Sie eine “dicke Backe” (Abszess, Eiteransammlung)?

evet

ja

hayır

nein

Ne zamandan beri “yanağınızda şişlik” var?

Seit wann haben Sie eine “dicke Backe”?

1 gün

1 Tag

2 gün

2 Tage

3 gün

3 Tage

3 günden fazla

mehr als 3 Tage

İlaç alıyor musunuz?

Nehmen Sie Medikamente?

evet

ja

hayır

nein

İlaçlarınız yanınızda mı?

Haben Sie Medikamente dabei?

evet

hayır?

evet

ja

hayır

nein

Ağrı kesici?

Schmerztabletten?

evet

ja

hayır

nein

Evet ise, hangileri: _____

Wenn ja, welche:

Antibiyotik?

Antibiotika?

evet

ja

hayır

nein

Evet ise, hangileri: _____

Wenn ja, welche:

Kan sulandırıcı?

Blutverdünner?

evet

ja

hayır

nein

Evet ise, hangileri: _____

Wenn ja, welche:

Gerekli işlemler

Notwendige Maßnahmen

Aşağıdaki bilgiler **diş hekimi** tarafından doldurulmalıdır:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sizde aşağıdaki işlemleri yapmak istiyorum:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Röntgen filmi çekimi

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Dişin çekilmesi gerekiyor

Zahn muss gezogen werden

Dişin doldurulması gerekiyor

Zahn benötigt eine Füllung

Dişin kanal tedavisine ihtiyacı var

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Diş için uyuşturucu iğne

Betäubungsspritze für den Zahn

Apsenin kesilip açılması gerekiyor

Abszess muss aufgeschnitten werden

Diş hekimine soracak başka sorularım yok ve işaretlenen işlemleri kabul ediyorum.

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

evet hayır

ja nein

İmza Hasta: _____

Unterschrift Patient



Başka bir tedavi için randevu / kontrol için randevu gerekli.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Lütfen _____ tarihinde saat _____ tekrar muayenehaneye geliniz.

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

Ağız, çene ve yüz cerrahisine ileri tedavi için sevk .

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

Mülteciler için Sosyal Yardım Kanunu'na göre masrafların üstlenilmesi mümkün olmayan başkaca bir tedavi ihtiyacı mevcuttur.

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

Muayenehane kaşesi

Praxisstempel

Bilgi:

Hinweise:

Lütfen bir sonraki randevuya her iki dili iyi bilen bir kişiyle birlikte gelin.

Eğer henüz vermediyseniz, lütfen hasta tedavi belgesini birlikte getiriniz.

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

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