

استمارة حصر بيانات المريض Patientenerhebungsbogen

	الاسم:	Vorname:		الاسم العائلي:	Familienname:
	الجنسية:	Staatsangehörigkeit:		تاريخ الولادة:	Geburtsdatum:
				مكان الولادة (المدينة والدولة التي تنحدر منها):	Herkunftsland/-ort:
				اللغات التي تجيدها:	Sprachkenntnisse:
				في حالات القاصرين فقط: ولي الأمر:	Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter
	الاسم:	Vorname:		الاسم العائلي:	Familienname:
	الجنسية:	Staatsangehörigkeit:		تاريخ الولادة:	Geburtsdatum:
				للاتصال: هاتف/هاتف جوال: البريد الإلكتروني: العنوان الحالي (الشارع/رقم الدار/المدينة) هاتف المترجم:	Kontaktdaten Telefon-/Handynummer: E-Mail: Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:
يرجى الرد على الأسئلة التالية بخصوص حالتكم الصحية بكل دقة! سيتم التعامل مع هذه البيانات وفقاً لأحكام كتمان السرية التي يخضع لها كل طبيب كما أنها تخضع لأحكام حماية البيانات وسوف يتم التعامل معها بسرية تامة.					
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.					

nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	هل توجد حالة حمل؟ إن كان الجواب نعم، ففي أي شهر؟	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	nein لا <input type="checkbox"/>	ja نعم <input type="checkbox"/>	مرض قلب/دورة الدموية خلل في تخثر الدم مرض نوبات صرع الربو/أمراض الرئة نوبات فقدان الوعي السكري أمراض الكبد/التهاب الكبد أمراض الكلى الروماتيزم/التهاب المفاصل أمراض الغدة الدرقية السل إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/مرحلة الإيدز أمراض العدوى (مثل بكتيريا المكورات العنقودية المقاومة للمضادات الحيوية) إدمان على المخدرات مدخن	Herz-/ Kreislauferkrankung Blutgerinnungsstörungen Anfallsleiden (Epilepsie) Asthma/Lungenerkrankungen Ohnmachtsanfälle Diabetes/Zuckerkrankheit Lebererkrankung/Hepatitis Nierenerkrankungen Rheuma/Arthritis Schilddrüsenerkrankung Tuberkulose HIV-Infektion/Stadium AIDS Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) Drogenabhängigkeit Raucher
nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	أية أمراض أخرى: حساسية أو عدم تقبل:	Sonstige Erkrankungen:	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		
nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	تخدير موضعي/حقن مضادات حيوية مسكنات ألم غيره:	Lokalanästhesie/Spritzen Antibiotika Schmerzmittel Andere:	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		

<p>هل سبق وأن تم إجراء أشعة سينية للأسنان لديك؟ إن كان الجواب نعم، فمتى كان ذلك؟ هل تعاني من مصاعب في المضغ لفقدان أسنان؟ nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/></p>		<p>Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?</p> <p>Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?</p>	
		<p>هل سبق لك وأن راجعت طبيباً أخصائياً بالطب العام؟ إن كان الجواب نعم فأى طبيب؟ </p>	<p>Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? Wenn ja, bei welchem Arzt?</p>
<p>منذseit منذ منذ</p>	<p>..... </p>	<p>ماهي الأدوية التي تتعاطها بصورة منتظمة أو بالأحرى حالياً؟</p>	<p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?</p>

المكان والتاريخ

Ort den

التوقيع

Unterschrift:.....