

3. (englisch)

Patient questionnaire

Patientenerhebungsbogen

Last name: Familiennamen:	_____	First name: Vorname:	_____
Date of birth: Geburtsdatum:	_____	Nationality: Staatsangehörigkeit:	_____
Country/place of origin: Herkunftsland/-ort:	_____		
Language skills: Sprachkenntnisse:	_____		

Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Last name: Familiennamen:	_____	First name: Vorname:	_____
Date of birth: Geburtsdatum:	_____	Nationality: Staatsangehörigkeit:	_____

Contact information

Kontaktdaten

Phone/mobile number: _____
Telefon-/Handynummer:

E-mail: _____

Current address (street / house number / city): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Phone number of language intermediary/interpreter: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Please answer the following questions about your health as accurately as possible! The data is subject to medical confidentiality and data protection provisions and is kept strictly confidential.

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.

Cardiovascular disease Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	Are you pregnant? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
Blood coagulation (clotting) disorder Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	If so, in which month? Wenn ja, in welchem Monat?month Monat	
Seizure disorders (epilepsy) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Other illnesses: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
Asthma/lung diseases Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		
Fainting Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		
Diabetes Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		
Liver disease / hepatitis Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		
Kidney diseases Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		
Rheumatism/arthritis Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		
Thyroid disease Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Allergies or intolerances: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Tuberculosis Tuberkulose	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Local anaesthesia/injections	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
HIV infection / AIDS stage HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Antibiotics	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
Infectious diseases (e.g. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Pain killers	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
Drug addiction Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Other:		
Smoker Raucher	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Andere:		

Have you already had dental X-rays made?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

yes no
ja nein

If so, when?

Wenn ja, wann?

Do you have difficulty chewing due to missing teeth?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

yes no

Have you already been to a general practitioner?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

yes no

If so, what is the physician's name?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Which medications do you take on a regular basis or are you taking right now?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... since
seit
..... since
..... since

Place....., Date.....
, den

Signature:.....
Unterschrift: