

14. (türkisch)

## Hasta Soru Formu Patientenerhebungsbogen

Soyadı: \_\_\_\_\_ Adı: \_\_\_\_\_  
Familiename: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Doğum tarihi: \_\_\_\_\_ Uyuğu: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Hangi ülkeden/şehirden geldiği: \_\_\_\_\_  
Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_  
Dil bilgisi: \_\_\_\_\_  
Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

### Yalnızca reşit olmayanlar için: Velisi:

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Soyadı: \_\_\_\_\_ Adı: \_\_\_\_\_  
Familiename: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Doğum tarihi: \_\_\_\_\_ Uyuğu: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### İletişim bilgileri:

Kontaktdaten

Telefon no./cep telefon no.: \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-posta: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Şu anki adresi (sokak/ev no./şehir): \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

Tel. no. mütercim/tercüman: \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

**Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları mümkün oldukça tam olarak yanıtlayın!** Bilgiler tıbbi gizli tutma yükümlülüğüne ve veri koruma hükümlerine tabidir ve sıkı bir şekilde gizli tutulmaktadır.

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.

Kalp/dolaşım hastalığı  evet  hayır  
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Kan pıhtılaşma bozuklukları  evet  hayır  
Blutgerinnungsstörungen

Nöbet hastalığı (epilepsi)  evet  hayır  
Anfallsleiden (Epilepsi)

Astım/akciğer hastalıkları  evet  hayır  
Asthma/Lungenerkrankungen

Bayılma nöbetleri  evet  hayır  
Ohnmachtsanfälle

Diyabet/şeker hastalığı  evet  hayır  
Diabetes/Zuckerkrankheit

Karaciğer hastalığı/hepatit  evet  hayır  
Lebererkrankung/Hepatitis

Böbrek hastalıkları  evet  hayır  
Nierenerkrankungen

Romatizma/artrit  evet  hayır  
Rheuma/Arthritis

Tiroid bezi hastalığı  evet  hayır  
Schilddrüsenerkrankung

Tüberküloz  evet  hayır  
Tuberkulose

HIV enfeksiyonu/evre AIDS  evet  hayır  
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Enfeksiyon hastalıkları (örn. MRSA)  evet  hayır  
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Madde bağımlılığı  evet  hayır  
Drogenabhängigkeit

Sigara  evet  hayır  
Raucher

Hamilelik mevcut mu?  evet  hayır  
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Evet ise, kaçınıcı ay? ..... ay  
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Diğer hastalıklar:  evet  hayır  
Sonstige Erkrankungen

.....  
.....  
.....  
.....

Alerji veya hassasiyet:  
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokal anestezi/iğne  evet  hayır  
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiyotik  evet  hayır  
Antibiotika

Ağrı kesici  evet  hayır  
Schmerzmittel

Diğer: .....  
Andere:

**Sizde daha önce diş hekimi tarafından röntgen filmi çekildi mi?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

evet  hayır  
ja nein

Evet ise, ne zaman? .....

Wenn ja, wann?

**Dişlerin eksik olmasından dolayı çiğnerken zorluk çekiyor musunuz?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

evet  hayır

**Daha önce genel tıp uzmanına gittiniz mi?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

evet  hayır

Evet ise, hangi doktora? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Hangi ilaçları düzenli bir şekilde veya şu ara alıyorsunuz? .....** beri

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... beri

..... beri

....., Tarih: .....

, den

İmza: .....

Unterschrift: