

(französisch)

Questionnaire - Soins d'urgence et problèmes linguistiques

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:
Datum:

Patient (nom, prénom):
Patient (Name, Vorname):

Date de naissance:
Geburtsdatum:

Veillez répondre vous-même aux questions suivantes:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Où ressentez-vous des douleurs? Wo haben Sie Schmerzen?	☐ Mâchoire supérieure Oberkiefer	☐ à droite rechts	☐ à gauche links	☐ à l'avant vorne	☐ à l'arrière hinten					
	☐ Mâchoire inférieure Unterkiefer	☐ à droite rechts	☐ à gauche links	☐ à l'avant vorne	☐ à l'arrière hinten					
Depuis combien de jours déjà ressentez-vous ces douleurs? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?	☐ 1 jour 1 Tag	☐ 2 jours 2 Tage	☐ 3 jours 3 Tage	☐ plus de 3 jours mehr als 3 Tage						
Quelle est l'intensité de vos douleurs? Wie stark sind Ihre Schmerzen?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
(1 = faible, 10 = intenable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)										
Décrivez la douleur: Beschreiben Sie den Schmerz:	☐ sourde dumpf	☐ lancinante stechend	☐ palpitante klopfend	☐ intermittente zeitweise	☐ ininterrompue ununterbrochen					
Avez-vous une joue enflée (abcès, accumulation de pus)? Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?	☐ oui ja		☐ non nein							
Depuis quand avez-vous la joue enflée? Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?	☐ 1 jour 1 Tag	☐ 2 jours 2 Tage	☐ 3 jours 3 Tage	☐ plus de 3 jours mehr als 3 Tage						

Prenez-vous des médicaments?
Nehmen Sie Medikamente?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Avez-vous vos médicaments sur vous?
Haben Sie Medikamente dabei?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Analgésiques?
Schmerztabletten?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotiques?
Antibiotika?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Anticoagulants?
Blutverdünner?

☐ oui
ja

☐ non
nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Mesures à prendre

Notwendige Maßnahmen

Les indications ci-dessous doivent être complétées par le dentiste:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Je voudrais prendre les mesures suivantes dans votre cas:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Radiographie ☐

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Extraction de la dent ☐

Zahn muss gezogen werden

Plombage ☐

Zahn benötigt eine Füllung

Traitement des racines de la dent ☐

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Piqûre anesthésiante ☐

Betäubungsspritze für den Zahn

Ouverture de l'abcès ☐

Abszess muss aufgeschnitten werden

Je n'ai pas d'autres questions à poser au dentiste et je suis d'accord avec les mesures proposées.

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

☐ oui ☐ non
ja nein

Signature du patient: _____

Unterschrift Patient



Un autre ☐ rendez-vous pour soins/ ☐ contrôle est nécessaire.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Veuillez vous présenter à nouveau le _____ à _____ heures au cabinet dentaire.

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

Transfert à un parodontiste, orthodontiste, spécialiste de la chirurgie maxillo-faciale pour la poursuite du traitement ☐.

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

D'autres soins ☐ sont nécessaires, pour lesquels la prise en charge des frais conformément à la loi sur le travail des requérants d'asile n'est pas possible.

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

Cachet du cabinet dentaire
Praxisstempel

Remarques:

Hinweis:

Pour le prochain rendez-vous, veuillez vous faire accompagner d'une personne parlant la langue.

Si vous ne l'avez pas déjà fourni, veuillez vous munir de votre certificat de traitement médical.

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

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