

پرسیار له کاتی چارهسەری فرباکهوتن ئەگەر گیروگرفتی زمان هەبێ Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

بەرۆار: Datum:

نەخۆش (نازناو ، ناو): Patient (Name, Vorname):

رۆژی له دایکبون: Geburtsdatum:

تکایه وه لآمی ئەم پرسیارانه بده رهوه: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

له کوێ نازارت ههیه؟: Wo haben Sie Schmerzen?

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> دواوه
hinten | <input type="checkbox"/> پێشهوه
vorne | <input type="checkbox"/> لای چەپ
links | <input type="checkbox"/> لای راست
rechts | <input type="checkbox"/> دانهکانی سەر هوه
Oberkiefer |
| <input type="checkbox"/> دواوه
hinten | <input type="checkbox"/> پێشهوه
vorne | <input type="checkbox"/> لای چەپ
links | <input type="checkbox"/> لای راست
rechts | <input type="checkbox"/> دانهکانی خوارهوه
Unterkiefer |

ئەمە چەند رۆژه نازارت ههیه؟: Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> زیاتر له سێ رۆژ
mehr als 3 Tage | <input type="checkbox"/> سێ رۆژ
3 Tage | <input type="checkbox"/> دوو رۆژ
2 Tage | <input type="checkbox"/> یەک رۆژ
1 Tag |
|---|---|--|---|

هێزی نازارهکەت چەندە: Wie stark sind Ihre Schmerzen?

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
- (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten) (1 = کم ، 10 = زۆر بههێزه)

جۆرهی نازارهکەت چۆنه؟ Beschreiben Sie den Schmerz:

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> نارهحەت
dumpf | <input type="checkbox"/> وهک بریسکه
stechend | <input type="checkbox"/> لێدان
klopfend | <input type="checkbox"/> جار به جار
zeitweise | <input type="checkbox"/> بێ وهستان
ununterbrochen |
|---|---|--|--|--|

روومەتت ئاوساوه (جداعەت کردوه)؟ Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بەلی
ja | <input type="checkbox"/> نا
nein |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

له که یهوه روومەتت ئاوساوه؟: Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> زیاتر له سێ رۆژ
mehr als 3 Tage | <input type="checkbox"/> سێ رۆژ
3 Tage | <input type="checkbox"/> دوو رۆژ
2 Tage | <input type="checkbox"/> یەک رۆژ
1 Tag |
|---|---|--|---|

دەرمان ئەبهی (ئەخۆی)؟ Nehmen Sie Medikamente?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بەلی
ja | <input type="checkbox"/> نا
nein |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

هیچ دەرمانت پێ یه؟ Haben Sie Medikamente dabei?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بەلی
ja | <input type="checkbox"/> نا
nein |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

حەبی نازار؟ Schmerztabletten?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بەلی
ja | <input type="checkbox"/> نا
nein |
| ئەگەر بەلی جۆرهکە ی
wenn ja, welche? | |

حەبی دز به چلک (نانتی بیوتیک) Antibiotika?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بەلی
ja | <input type="checkbox"/> نا
nein |
| ئەگەر بەلی جۆرهکە ی
wenn ja, welche? | |

دەرمانی خەستکردنەوهی خوێن Blutverdünner?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بەلی
ja | <input type="checkbox"/> نا
nein |
| ئەگەر بەلی جۆرهکە ی
wenn ja, welche? | |

ئەنجامدانى پۈيۈست

Notwendige Maßnahmen

ئەم پىرسىيارانەى خوارەوۋە لە لاپەن پىزىشكى دان پىردە كىرتەوۋە.
Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

ئەمەوۋەئ ئەم جۆرە پىداوېستىانە بۇ تۆ ئەنجام بىدەم:
Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- وىنە گىرتى سۈنەر
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

- ئەپىت دان ھەلىكىشەرت
Zahn muss gezogen werden

- ئەپىت دان پىر بىرتەوۋە
Zahn benötigt eine Füllung

- ئەپىت رەگى دان چارەسەر بىرت
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

- دەرزی بى ھۆشى بۇ دان
Betäubungsspritze für den Zahn

- جەرەتەى دومەل بە پىرېن دەرېكەرت
Abszess muss aufgeschnitten werden

ھېچ پىرسىيارم لە پىزىشكى دان نە ماوۋە و رازىم لە سەر ئەنجامدانى چارەسەرى ھەلبىزىدراو بۇ دانم:
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

بەلى نا
nein ja

واژوى (نېمزا) نەخۇش
Unterschrift Patient



بۇ جارى داھاتوۋ: بەردەوامى چارەسەر كىردن پىشكىن پىوستە
Ein weiterer Behandlungstermin /Kontrolltermin ist nötig.

تکابە رۆزى..... كاتىمىر جارىكىتر وەرەوۋە.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

ھىنانى نامەى رازىبوون بۇ لای نىشتەگەرى دەم ، چەناگە و دەم و چاو بۇ بەردەوامىبون لە چارەسەر كىردن .
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

دەكرى كە بە پىنى ياساى پەنابەرى نىخى چارەسەر كىردن زياتر نە درىت
Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist.

ناگادارى:
Hinweise:

تکابە بۇ ھاتى داھاتوت زمان وەرگىرىك لە گەل خۆت بېيە.
ئەگەر تا ئىستا نامەى رازىبوونى چارەسەر كىردن نەھىنايت ، تکابە جارى داھاتوۋ بېيە.
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

مۆرى عە يادە
Praxisstempel