



Khaled Hashem
Rüttenscheider Str. 89
45130 Essen
Telefon 0201 / 78 58 08
Telefax 0201 / 72 66 375

Nachname : اللقب
Vorname : الاسم
Geburtsdatum : تاريخ الميلاد
Adresse : العنوان
Telefon : رقم الهاتف

Patientenfragebogen

إستبيان للمريض

- إجابتك للأسئلة التالية لها أهمية كبرى في خطة العلاج. إن كانت لديك أسئلة يمكنك الاستفسار عند الطبيب المناوب.
ضع إشارة عند الاجابة المناسبة :

ja nein
نعم لا

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Unfall | هل وقع لك حادث في المدرسة او في العمل؟ | ☐ | ☐ |
| 2. ärztliche Behandlung? | هل كنت مؤخرا تحت الرعاية الطبية؟ | ☐ | ☐ |
| (Hausarzt) طبيب العائلة (Zahnarzt) طبيب الأسنان | هل تأخذ اي ادوية بانتظام؟ | ☐ | ☐ |
| 3. Medikamente? | لو كانت إجابتك نعم، يرجى كتابة اسماء الادوية خلف الورقة. | | |
| 4. Allergien? | هل لديك اي نوع من الحساسية؟ | ☐ | ☐ |
| 5. Herzerkrankung? | هل تعاني من امراض القلب؟ مثلا اي خلل عضوي او عيب خلقي. | ☐ | ☐ |
| 6. Hypertonie? | هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟ هل تعرف ضغط الدم عندك. | ☐ | ☐ |
| 7. Herzschrittmacher? | هل لديك جهاز تنظيم ضربات القلب؟ | ☐ | ☐ |
| 8. Lungenerkrankung? | هل تعاني من خلل بالتنفس أو من اي مرض بالرنينين؟ (مثلا الربو او السل). | ☐ | ☐ |
| 9. Diabetes? | هل لديك مرض السكري؟ | ☐ | ☐ |
| 10. Gerinnung? | هل تعاني من خلل في تجلط الدم او من عدم توقف الدم عند الجرح؟ | ☐ | ☐ |
| 11. Schilddrüse? | هل تعاني من اضطرابات بالغدة الدرقية؟ (نقص او زيادة في افرازات الهرمون). | ☐ | ☐ |
| 12. Nierenerkrankung | هل تعاني من امراض الكلى؟ | ☐ | ☐ |
| 13. Lebererkrankung? | هل تعاني من اي من امراض الكبد؟ (الوباء الكبدي أ، ب، ج)، او داء الصفراء. | ☐ | ☐ |
| 14. Anfallsleiden? | هل وقع لك إغماء او فقدان وعي؟ هل لديك الصرع؟ | ☐ | ☐ |
| 15. Glaucom? | هل لديك ارتفاع ضغط العين؟ (الجلوكوما) | ☐ | ☐ |
| 16. Rheumatisches Fieber? | هل تعاني من حمى الروماتيزم؟ | ☐ | ☐ |
| 17. Antibiotikaprophylaxe? | هل تحتاج لمضاد حيوي قبل علاج الأسنان؟ | ☐ | ☐ |
| 18. Infektionserkrankung? | هل لديك اي مرض معدي؟ | ☐ | ☐ |
| 19. HIV-positiv? | هل لديك مرض الأيدز؟ | ☐ | ☐ |
| 20. Sonstige Erkrankungen? | هل تعاني من اي امراض أخرى؟ | ☐ | ☐ |
| 21. Schwangerschaft? | للنساء: هل انت حامل؟ | ☐ | ☐ |
| 22. Anliegen: - Beratung? | حضورك هنا : - للإستشارة | ☐ | ☐ |
| - Notfall? | - علاج طارئ | ☐ | ☐ |
| - Sanierung? | - علاج متخصص | ☐ | ☐ |
| - Überweisung? | - بسبب تحويل من طبيب آخر. | ☐ | ☐ |
| 23. Zahnbehandlung? | هل عالجت أسنانك بالسنة الماضية؟ | ☐ | ☐ |

Anmerkungen: اي تعليق، أو طلب تريد وضعه في الاعتبار:

..... التاريخ Datum

..... التوقيع Unterschrift

überprüft/aktualisiert:

Datum:

Behandler: