

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragszahnarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Ev telefonu:  
(Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Ev telefonu numarası: (Privat) \_\_\_\_\_ İş telefonu numarası: (Geschäftlich) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mesleği:(Beruf) \_\_\_\_\_ İşvereni (Arbeitgeber) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aile doktoru: (Hausarzt) \_\_\_\_\_ Ev telefonu (Tel. Nr.) \_\_\_\_\_

## Diş Doktoru Tedavisi İçin Hasta Bilgi Kağıdı

(Patienten-Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung)

Deutsch/Türkisch

(Bitte spätestens alle 3 Jahre neu ausfüllen)

### Sayın Hasta

Birçok hastalık, diş doktorunun yapacağı tedaviyi etkileyebilir. Bu nedenle bu soru kağıdını lütfen dikkatlice okuyup doldurunuz. Burada verdiğiniz

bilgiler doktorunuz tarafından gizli tutulur ve bu bilgilerin toplanmasındaki amaç, tedaviniz yapılırken sağlık durumunuzun dikkate alınmasıdır.

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Lütfen doğru cevabı işaretleyiniz:

Bitte ankreuzen

Evet Hayır  
ja nein

Evet Hayır  
ja nein

1. Dişlerinizin eti kanar mı?  
(Leiden Sie an Zahnfleischbluten?)

- Kalp kapak kusuru veya kalp kapak protezi  
(Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen)

2. Tansiyonunuz yüksek mi?  
(Haben Sie zu hohen Blutdruck?)

- Endokardit (kalp iç zarı iltihabı?)  
(Herzinnenhautentzündung)

3. Tansiyonunuz düşük mü?  
(Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?)

- Kalp ameliyatları  
(Herzoperationen)

4. Kalp hastalığınız var mı veya eskiden var mıydı?  
(Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?)

- Kalbinize pil takıldı mı?  
(Haben Sie einen Herzschrittmacher?)

- Kalp hastası kağıdınız var mı?  
(Haben Sie einen Herzpaß?)

- Doğuştan veya sonradan olan kalp kusurları  
(Angeborene oder erworbene Herzfehler)

Veren resmi makam veya kuruluş:  
(ausgestellt von:)

\_\_\_\_\_

	Evet ja	Hayır nein		Evet ja	Hayır nein
5. Aşağıda belirtilen hastalıklardan biri sizde var mı? (Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?)			6. Şu anlarda kan pıhtılaşmasını önleyen ilaç alıyor musunuz ? (Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Şeker hastalığı (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Size herhangi bir ilaç dokunuyor mu? (Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kan hastalıkları (örneğin uzun süren kanamalar, kanın pıhtılaşma zorluğu) (Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dokunuyorsa hangileri? (Falls ja, welche:)	_____	
- Alerjiler (örneğin saman nezlesi gibi) (Allergien, z.B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Şu anda başka bir hastalığınız var mı? (Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kalkanbezi hastalığı (Schilddrüsenkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Son olarak ne zaman röntgen filmi çektirdiniz? (Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?)		
- Astım/Akciğer hastalığı (Asthma/Lungenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tarih (tahminen) (Datum/ungefähr)	_____	
- Sinir hastalığı (Nervenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Bayan hastalarda: Şu anda hamile misiniz? (Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Karaciğer hastalığı/Sarılık (Lebererkrankung/Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Lokal anestezi (uyuşturma) yapılmasını istiyor musunuz? (Wünschen Sie eine örtliche Betäubung?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Romatizma/Romatizmal ateş (Rheuma/rheumatisches Fieber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Son iki sene içerisinde hastanede yatılı tedavi gördünüz mü veya doktorda tedavi oldunuz mu? (Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Böbrek hastalığı (Nierenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Kriz hastalığı (örneğin sara gibi) (Anfallsleiden, z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Mide/Barsak hastalığı (Magen-Darmerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Vücut direnç zayıflığı (AIDS) (Immunschwäche AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tarih (Datum)	İmza (Unterschrift)	

**Lütfen dikkat:**

Lokal anestezi (uyuşturma) yapılması halinde 1 saat süreyle araba kullanamazsınız. Ayrıca 24 saat süreyle araba kullanma kabiliyetiniz kısıtlanır. Lütfen tedavi için randevu alırken bu hususu dikkate alınız.

**Bitte beachten!**

Örtliche Betäubung hat zur Folge, daß Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.