



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Postfach 41 01 69, 50891 Köln

An die
Zahnärztinnen und Zahnärzte
in der Bundesrepublik Deutschland

Dezember 2015

Zahnmedizinische Versorgung von Asylbewerbern

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vor dem Hintergrund aktueller geopolitischer Entwicklungen wird die Bundesrepublik seit Beginn des Jahres mit einem zunehmenden Zustrom von Flüchtlingen konfrontiert, die nach der Entscheidung der Bundesregierung jedenfalls vorübergehend aufzunehmen sind. Diese Entwicklung stellt eine gesamtgesellschaftliche, aber auch eine große Herausforderung für die deutsche Zahnärzteschaft dar, die zumindest eine Erstversorgung der Flüchtlinge gewährleisten muss. Dabei ist es eine selbstverständliche ethische Verpflichtung jedes Zahnarztes, eine Erstversorgung sowie Notfall- und Schmerzbehandlungen bei jedem Patienten und daher auch bei Flüchtlingen durchzuführen. BZÄK und KZBV haben von Anfang an erklärt, dass sich die deutsche Zahnärzteschaft dieser Herausforderung stellt und bereit ist, allen Betroffenen eine schnelle und unbürokratische zahnmedizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Dies wird augenblicklich noch dadurch erschwert, dass die konkrete Leistungsgewährung auf Landes- bzw. Kommunalebene erfolgt und zurzeit sehr unterschiedlich praktiziert wird. Zwar besteht ein grundsätzlicher gesetzlicher Anspruch auf Behandlungen von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, ohne dass aber einheitlich präzisiert wird, welche Leistungen dazu zählen. Der Zahnarzt kann zwar individuelle Behandlungsbedarfe und –möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Fall den konkreten Leistungsanspruch des Asylbewerbers. Es muss verhindert werden, dass unterschiedliche bürokratische Verfahren zu ethischen Gewissenskonflikten der Behandler führen.

Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung
Universitätsstr. 73
50931 Köln
Telefon: +49 221 4001-0
Fax: + 49 221 40 40 35
www.kzbv.de

Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
www.bzaek.de



BZÄK und KZBV haben daher bereits zu Beginn eine zumindest auf Landesebene eindeutige und einheitliche Umsetzung eines Leistungskataloges nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gefordert. Um schnell und kompetent Hilfe leisten zu können, müssen Zahnärzte unmittelbar und eindeutig erkennen können, welcher Leistungsanspruch dem Patienten zusteht und gegenüber welchem Kostenträger diese Leistungen in welchen Verfahren abzurechnen sind.

Um allen Zahnärzten in der Übergangszeit zum einen die praktische Zusammenarbeit mit dem Patienten zu erleichtern, der naturgemäß über keine Kenntnisse des deutschen Rechtssystems, zum Teil noch nicht einmal über ausreichende Sprachfähigkeiten verfügt, und zum anderen einen Überblick über die unterschiedlichen Organisationsformen auf Landesebene zu gewährleisten, haben BZÄK und KZBV die beigefügten Informationen zusammengestellt. Sie finden darin zunächst eine kurze Darstellung des augenblicklichen Verfahrens nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie Hilfsmittel zur verbesserten Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. Durch Piktogramme und mehrsprachige Informationsmaterialien und Anamnesebögen soll zumindest die Vorbereitung der Behandlung ermöglicht und die Aufklärung erleichtert werden. Weitergehende, landesspezifische Informationen können Sie bei den regionalen Zahnärztekammern bzw. den KZVen erhalten.

BZÄK und KZBV sind sich darüber im Klaren, dass diese Informationsmaterialien die akuten Probleme bei der Leistungserbringung gegenüber Asylbewerbern allenfalls lindern, nicht aber lösen können. Hierfür ist eine einheitliche Regelung dieser Gesamtsproblematik durch den Gesetzgeber erforderlich, die auf Bundes- und Landesebene weiterhin eingefordert werden und zu deren Ausgestaltung die zahnärztlichen Organisationen auf Bundes- und Landesebene wie bereits bisher ihre Fachkompetenz einbringen werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel
Präsident der BZÄK

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der BZÄK

Prof. Dr. Christoph Benz
Vizepräsident der BZÄK

Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender
des Vorstandes
der KZBV

Dr. Günther E. Buchholz
Stellv. Vorsitzender des
Vorstandes der KZBV

Dr. Jürgen Fedderwitz
Stellv. Vorsitzender des
Vorstandes der KZBV



Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern

Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern

Begriffsbestimmung

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sieht auf Grundlage des Völkerrechts eine klare Trennlinie zwischen Menschen, die zur Flucht gezwungen sind (Flüchtlinge) und Menschen, die aus eigenem Antrieb ihr Land verlassen (Migranten). Laut Artikel 1a der Genfer Konvention ist ein Flüchtling eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalitätzugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“. Ob eine solche Verfolgung vorliegt, wird in einem Asylverfahren festgestellt. Dieses Asylverfahren wird in Deutschland durch das Asylverfahrensgesetz geregelt. Menschen, die einen Asylantrag gestellt haben, über den noch nicht entschieden wurde, werden als Asylbewerber bezeichnet.

Grundsätzlich können Asylgesuche an der Grenze oder im Inland gestellt werden. Die Asylbewerber werden dabei an die nächstgelegene Erstaufnahmeeinrichtung verwiesen. Die Verteilung hinsichtlich der Zuordnung zur zuständigen Erstaufnahmeeinrichtung wird mit Hilfe des Systems „EASY“ (Erstverteilung von Asylbegehrenden) vorgenommen. In der Außenstelle des Bundesamtes, die dieser Erstaufnahmeeinrichtung zugeordnet ist, stellt der Bewerber dann seinen Asylantrag. Die Zuteilung zu einer Erstaufnahmeeinrichtung hängt zum einen von der aktuellen Kapazität ab. Daneben spielt aber auch eine Rolle, in welcher Außenstelle des Bundesamtes das Heimatland des Asylsuchenden bearbeitet wird. Nicht jede Außenstelle bearbeitet jedes Herkunftsland. Zudem bestehen Aufnahmequoten für die einzelnen Bundesländer. Diese legen fest, welchen Anteil der Asylbewerber jedes Bundesland aufnehmen muss und werden nach dem sog. „Königsteiner Schlüssel“ festgesetzt. Er wird für jedes Jahr entsprechend der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Bundesländer berechnet.

Die Verteilungsquoten fallen für 2015 wie folgt aus:

Bundesland	Quote
Baden-Württemberg	12,97496
Bayern	15,33048
Berlin	5,04557%
Brandenburg	3,08092%
Bremen	0,94097%
Hamburg	2,52738%
Hessen	7,31557%
Mecklenburg-Vorpommern	2,04165%
Niedersachsen	9,35696%
Nordrhein-Westfalen	21,24052
Rheinland-Pfalz	4,83472%
Saarland	1,21566%
Sachsen	5,10067%
Sachsen-Anhalt	2,85771%
Schleswig-Holstein	3,38791%
Thüringen	2,74835%

Nach §62 des Asylverfahrensgesetzes ist eine Gesundheitsuntersuchung als vorgeschriebene Erstuntersuchung für Asylbewerber verpflichtend. Die ärztliche Untersuchung geschieht dabei im Hinblick auf übertragbare Erkrankungen, verbunden mit einer Röntgenuntersuchung zum Ausschluss einer vorhandenen Tuberkulose. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind der zuständigen Behörde mitzuteilen.

Flüchtlinge, die einen Antrag auf Asyl gestellt haben und damit als Asylbewerber gelten, haben Anspruch auf gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Dieses sieht verschiedene Regelungen für unterschiedliche Kategorien von Anspruchsberechtigten vor. Zunächst wird ganz generell für Leistungsberechtigte gem. § 1 AsylbLG (vgl. zu den Rechtsquellen **Anlage 1**) und im Grundsatz für Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und sich in einem noch laufenden Asylbewerbungsverfahren befinden, bestimmt, dass diese gem. § 4 AsylbLG Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände haben. Diese umfassen die erforderliche zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheit oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Eingeschränkt ist danach lediglich die Versorgung mit Zahnersatz dahin, dass darauf nur ein Anspruch besteht, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Soweit auf dieser Grundlage von Zahnärzten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erbracht werden, richten sich die Vergütungen hierfür gem. § 4 Abs. 3 Satz 3 AsylbLG nach dem am Ort der Niederlassung des Zahnarztes geltenden Gesamtvertrag gem. § 72 Abs. 2 SGB V. Dabei hat die zuständige Landesbehörde zu bestimmen, welcher Vertrag hierfür im Einzelnen Anwendung findet.

Bereits hieraus ergibt sich, dass es sich dabei grundsätzlich nicht um Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung handelt, da diese nicht unter Zugrundelegung des SGB V, sondern auf der Grundlage des AsylbLG erbracht werden. Zuständig für die Leistungsgewährung und damit auch die Abrechnung der Vergütungen für entsprechende zahnärztliche Leistungen sind daher grundsätzlich nicht die gesetzlichen Krankenkassen, sondern die gem. § 10 AsylbLG auf Landesebene bestimmten Behörden. In der Regel handelt es sich um die örtlichen Sozialämter. Die konkrete örtliche Zuständigkeit richtet sich dabei nach § 10a AsylbLG und damit regelmäßig nach dem gewöhnlichen Aufenthaltsort des Leistungsberechtigten. Dieser kann vom Zahnarzt in der Regel nicht unmittelbar überprüft werden. Der Leistungsträger und damit der Adressat der Vergütungsabrechnung muss sich daher in der Regel aus dem Dokument (z. B. Kranken- bzw. Behandlungsschein eines Sozialamtes, eGK usw.) ergeben, unter dessen Vorlage der Patient Leistungsansprüche geltend macht.

Von dieser Grundregelung ergeben sich Einschränkungen aus § 1a AsylbLG für bestimmte Gruppen von Leistungsberechtigten. Dabei handelt es sich um Personen die aus von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen verhindert haben und für die Leistungen nach dem AsylbLG nur dann bestehen, soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist.

Wiederum abweichende Bestimmungen ergeben sich aus § 2 AsylbLG für solche Leistungsberechtigte, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthaltes nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben. Allein für diese Personengruppe ist in § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die Krankenbehandlung für diese Personengruppe von der Krankenkasse übernommen

wird. Nur für diese Personengruppe bestimmt ergänzend § 264 Abs. 4 Satz 2 SGB V, dass diese eine Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V erhalten. Hierfür haben die Leistungsberechtigten gem. § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt.

Bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ist die Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung oder die von dieser beauftragten obersten Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird. Bestandteil einer solchen Vereinbarung kann auch die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte an die danach Leistungsberechtigten sein. In diesem Fall hat die elektronische Gesundheitskarte gem. § 291 Abs. 2 Satz 3 SGB V die Angabe zu enthalten, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des AsylbLG handelt. Diese Bestimmung tritt allerdings erst zum 01.11.2016 in Kraft. Bis dahin haben die Vereinbarungspartner auf Landesebene gem. § 264 Abs. 1 SGB V in anderer geeigneter Weise z.B. die Erkennbarkeit dieses Status des Leistungsberechtigten sicherzustellen.

Auf dieser Grundlage sind auch bereits teilweise Verträge der regionalen Sozialhilfeträger auf Landesebene mit einzelnen Krankenkassen geschlossen worden. Diese haben daher an Ausländern im Asylverfahren zum Teil eGKs ausgegeben. Dabei ist bisher aber regelmäßig der Versichertenstatus mit der Kennziffer „4“ gekennzeichnet worden, die auch für andere Leistungsberechtigte Verwendung findet, die keiner Einschränkung des Leistungsspektrums in der GKV unterliegen. Ein davon eventuell abweichender, besonderer Status von Asylbewerbern ist daher aus einer entsprechenden Kennzeichnung nicht unmittelbar ersichtlich. Soweit somit in solchen Fallgestaltungen Einschränkungen des Leistungsanspruches gem. § 4 AsylbLG vorgenommen werden sollten, müssten diese von der Krankenkassen gegenüber dem Vertragszahnarzt ggf. in geeigneter Weise z.B. kenntlich gemacht werden. Soweit dies nicht unmittelbar aus einer entsprechenden Gestaltung bzw. Kennzeichnung der eGK ersichtlich ist, müssten ggf. weitere Dokumente beigefügt werden, die auf entsprechende Anspruchseinschränkungen Bezug nehmen und diese gegenüber dem Vertragszahnarzt eindeutig definieren.

Vor diesem Hintergrund muss z. Zt. davon ausgegangen werden, dass zumindest nicht alle Flüchtlinge, die sich zurzeit in einem Asylverfahren befinden, über eine eGK verfügen. Vielmehr muss angesichts der steigenden Flüchtlingszahlen und der Dauer der Asylverfahren davon ausgegangen werden, dass zumindest eine nicht unerhebliche Gruppe von Asylbewerbern (noch) nicht über eGKs verfügen, sondern nach den Verfahren gem. §§ 1, 10, 10a AsylbLG leistungsberechtigt sind und daher mit entsprechenden Krankenscheinen der Sozialämter Leistungen bei Vertragszahnärzten in Anspruch nehmen werden. Jedenfalls vorbehaltlich besonderer Vereinbarungen von Krankenkassen mit Sozialämtern gem. § 264 Abs. 1 SGB V ist somit grundsätzlich davon auszugehen, dass lediglich solche Asylbewerber, die sich bereits gem. § 2 AsylbLG mindestens 15 Monate ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufgehalten haben, auch tatsächlich Leistungen unter Zugrundelegung einer eGK in Anspruch nehmen können. Durch eine Vereinheitlichung des Verfahrens dahin, dass alle nach dem AsylbLG Leistungsberechtigten einheitlich mit eGKs ausgestattet werden, würde die Überprüfung der Leistungsberechtigung vereinfacht und standardisiert, die medizinische Versorgung daher voraussichtlich beschleunigt und das Verfahren auch für den behandelnden Vertragszahnarzt vereinheitlicht und damit erleich-

tert.

Da die zahnmedizinische Versorgung nach dem AsylbLG z. Zt. aber nach wie vor auf Landesebene und dort unter Nutzung unterschiedlichster Verwaltungsverfahren auf Kommunalebene erfolgt, ist eine einheitliche Abgrenzung des, dem Anspruchsberechtigten danach zur Verfügung stehenden Leistungsanspruches nicht möglich. Ebenso wenig existieren einheitliche Bestimmungen hinsichtlich der Leistungsträger, denen gegenüber die entsprechenden Leistungen abzurechnen sind und der jeweils zugrunde zu legenden Vergütungen.

Die KZBV hat daher bereits in ihrer Stellungnahme zum seinerzeitigen Gesetzentwurf eines Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes vom 21.09.2015 (**Anlage 2**) auf der Basis einer entsprechenden Resolution (**Anlage 3**), deren Zielsetzung zwischenzeitlich auch von der Vertreterversammlung der KZBV und der Bundesversammlung der BZÄK in deren Sitzungen am 28./29./30./31.10.2015 in Hamburg nochmals unterstrichen worden ist (**Anlage 4**), eine bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche und eindeutige Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem AsylbLG gefordert. Dieses einheitliche Verfahren muss danach für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zumindest folgenden Anforderungen Rechnung tragen:

1. Für den Vertragszahnarzt muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist.
2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt gleichzeitig ein einheitlicher und klar abgegrenzter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.
3. Zudem muss vor Beginn der Behandlung einheitlich und verbindlich festgelegt werden, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren der Vertragszahnarzt eine Abrechnung der Leistungen vorzunehmen hat. Dabei muss in jedem Falle sichergestellt werden, dass diese zusätzlich zu erbringenden Leistungen nicht den mengenbegrenzenden Regularien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden.

Dieser Forderung ist der Gesetzgeber allerdings noch nicht nachgekommen. Der behandelnde Zahnarzt ist daher z. Zt. weiterhin gezwungen, die Konkretisierung des Leistungsanspruches nach dem AsylbLG jeweils im Einzelfall mit demjenigen Kostenträger abzuklären, der sich aus dem, vom Patienten vorgelegten Dokument (in der Regel ein Krankenschein eines Sozialamtes) ergibt, soweit nicht auf Landesebene zwischenzeitlich einheitliche Bestimmungen, z. B. auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und gesetzlichen Krankenkassen bzw. den KZVen bestehen. Daher sollten insbesondere die aktuellen diesbezüglichen Informationen der KZVen beachtet werden. Soweit sich bereits einheitliche Verfahren herausgebildet haben, werden diese von den KZVen zwischenzeitlich auch durch gesonderte Informationsblätter beschrieben, in denen auf einzelne Fachfragen eingegangen wird. Exemplarisch wird dabei auf die beigefügte FAQ-Liste der KZV Bayerns (Stand: 05.10.2015, **Anlage 5**) Bezug genommen.

Behandlung

Jeder Zahnarzt muss auf Grund der individuellen Situation des Patienten entscheiden, welche Untersuchungen und Behandlungen im Sinne der §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz notwendig und abgedeckt sind. Dabei kann der Behandler in einen ethischen Konflikt geraten, wenn mögliche zahnerhaltende Maßnahmen nicht finanziert werden. Unter Umständen berechtigt erst der akute Schmerzfall eine Behandlung. Der Zahnarzt ist verpflichtet – nach Musterberufsordnung [Präambel und § 2 (2)] – die Menschenwürde und insbesondere die Menschlichkeit in jedem Fall zu achten.

Es ist mitunter erforderlich, dass medizinische Befunde bzw. Diagnosen und die notwendige geplante Behandlung an Personen in zuständigen Ämtern mitgeteilt werden müssen, die nicht entsprechend ausgebildet sind, eine medizinische Behandlungsnotwendigkeit einzuschätzen. Ein Bestreben der zuständigen Stellen, Kosten einzusparen, sollte nicht im Vordergrund der Behandlung stehen.

Hilfe bei Sprachproblemen

Bei der Behandlung von Asylbewerbern bestehen häufig Sprachbarrieren. Der Zahnarzt ist durch das Patientenrechtegesetz verpflichtet, den Asylbewerber verständlich in einem persönlichen Gespräch aufzuklären. Bei Patienten, die nach Überzeugung des Behandelnden der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, hat die Aufklärung deshalb in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Zur Erleichterung der Kommunikation und Aufklärung ist als **Anlage 6** ein Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis beigefügt, das die nonverbale Kommunikation mit Patienten erleichtern soll, die der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind. Als **Anlage 7** ist ferner ein Fragebogen zur Feststellung der Muttersprache des Patienten sowie als **Anlage 8** Informationsbögen zur zahnärztlichen Behandlung und den dabei zu beachtenden formalen Anforderungen in 15 verschiedenen Sprachen und als **Anlage 9** entsprechende Fragebögen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere in ebenfalls 15 Sprachen beigefügt. Erforderlichenfalls und unabhängig von der Übergabe fremdsprachlicher Aufklärungsbögen ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen. Die Kostenübernahme sollte vorher mit den zuständigen Behörden geklärt werden. Sollte aufgrund von Sprachproblemen eine adäquate Behandlung unmöglich sein, wenden Sie sich an die jeweils zuständige Behörde mit der Bitte um einen Dolmetscher.

Bei akuten Notfällen hingegen kann eine Hinzuziehung von Dolmetschern etc. nicht angezeigt sein. In diesen Fällen muss die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt die Situation anhand des Einzelfalles bewerten und einschätzen, ob die Behandlung so dringend ist, dass davon ausgegangen werden kann, dass der Patienten einverstanden wäre, wenn er die Aufklärung verstanden hätte.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

§ 1 Leistungsberechtigte

(1) Leistungsberechtigt nach diesem Gesetz sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die

1. eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz besitzen,
2. über einen Flughafen einreisen wollen und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist,
3. eine Aufenthaltserlaubnis besitzen
 - a) wegen des Krieges in ihrem Heimatland nach § 23 Absatz 1 oder § 24 des Aufenthaltsgesetzes,
 - b) nach § 25 Absatz 4 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes oder
 - c) nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes, sofern die Entscheidung über die Aussetzung ihrer Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt,
4. eine Duldung nach § 60a des Aufenthaltsgesetzes besitzen,
5. vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist,
6. Ehegatten, Lebenspartner oder minderjährige Kinder der in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen sind, ohne daß sie selbst die dort genannten Voraussetzungen erfüllen, oder
7. einen Folgeantrag nach § 71 des Asylgesetzes oder einen Zweitantrag nach § 71a des Asylgesetzes stellen.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Ausländer sind für die Zeit, für die ihnen ein anderer Aufenthaltstitel als die in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete Aufenthaltserlaubnis mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als sechs Monaten erteilt worden ist, nicht nach diesem Gesetz leistungsberechtigt.

(3) Die Leistungsberechtigung endet mit der Ausreise oder mit Ablauf des Monats, in dem

1. die Leistungsvoraussetzung entfällt oder
2. das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Ausländer als Asylberechtigten anerkannt oder ein Gericht das Bundesamt zur Anerkennung verpflichtet hat, auch wenn die Entscheidung noch nicht unanfechtbar ist.

Für minderjährige Kinder, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die mit ihren Eltern in einer Haushaltsgemeinschaft leben, endet die Leistungsberechtigung auch dann, wenn die Leistungsberechtigung eines Elternteils, der eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes besitzt, entfallen ist.

§ 1a Anspruchseinschränkung

(1) Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5 und Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 6, soweit es sich um Familienangehörige der in § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5 genannten Personen handelt, die sich in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben haben, um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen, erhalten Leistungen nach diesem Gesetz nur, soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist.

(2) Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 5, für die ein Ausreisetermin und eine Ausreisemöglichkeit feststehen, haben ab dem auf den Ausreisetermin folgenden Tag keinen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6, es sei denn, die Ausreise konnte aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, nicht durchgeführt werden. Ihnen werden bis zu ihrer Ausreise oder der Durchführung ihrer Abschiebung nur noch Leistungen zur Deckung ihres Bedarfs an Ernährung und Unterkunft einschließlich Heizung sowie Körper- und Gesundheitspflege gewährt. Nur soweit im Einzelfall besondere Umstände vorliegen, können ihnen auch andere Leistungen im Sinne von § 3 Absatz 1 Satz 1 gewährt werden. Die Leistungen sollen als Sachleistungen erbracht werden.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5, bei denen aus von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können. Für sie endet der Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6 mit dem auf die Vollziehbarkeit einer Abschiebungsandrohung oder Vollziehbarkeit einer Abschiebungsanordnung folgenden Tag. Für Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 6, soweit es sich um Familienangehörige der in Satz 1 genannten Personen handelt, gilt Absatz 1 entsprechend.

(4) Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder 5, für die in Abweichung von der Regelzuständigkeit nach der Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist (ABl. L 180 vom 29.6.2013, S. 31) nach einer Verteilung durch die Europäische Union ein anderer Mitgliedstaat oder ein am Verteilmechanismus teilnehmender Drittstaat, der die Verordnung (EU) Nr. 604/2013 anwendet, zuständig ist, erhalten ebenfalls nur Leistungen nach Absatz 2.

§ 2 Leistungen in besonderen Fällen

(1) Abweichend von den §§ 3 bis 7 ist das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch auf diejenigen Leistungsberechtigten entsprechend anzuwenden, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.

(2) Bei der Unterbringung von Leistungsberechtigten nach Absatz 1 in einer Gemeinschaftsunterkunft bestimmt die zuständige Behörde die Form der Leistung auf Grund der örtlichen Umstände.

(3) Minderjährige Kinder, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Haushaltsgemeinschaft leben, erhalten Leistungen nach Absatz 1 auch dann, wenn mindestens ein Elternteil in der Haushaltsgemeinschaft Leistungen nach Absatz 1 erhält.

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Absatz 2 und § 132e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

§ 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

§ 10 Bestimmungen durch Landesregierungen

Die Landesregierungen oder die von ihnen beauftragten obersten Landesbehörden bestimmen die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden und Kostenträger und können Näheres zum Verfahren festlegen, soweit dies nicht durch Landesgesetz geregelt ist. Die bestimmten zuständigen Behörden und Kostenträger können auf Grund näherer Bestimmung gemäß Satz 1 Aufgaben und Kostenträgerschaft auf andere Behörden übertragen.

§ 10a Örtliche Zuständigkeit

(1) Für die Leistungen nach diesem Gesetz örtlich zuständig ist die nach § 10 bestimmte Behörde, in deren Bereich der Leistungsberechtigte nach dem Asylgesetz oder Aufenthaltsgesetz verteilt oder zugewiesen worden ist oder für deren Bereich für den Leistungsberechtigten eine Wohnsitzauflage besteht. Ist der Leistungsberechtigte von einer Vereinbarung nach § 45 Absatz 2 des Asylgesetzes betroffen, so ist die Behörde zuständig, in deren Bereich die nach § 46 Absatz 2a des Asylgesetzes für seine Aufnahme zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt. Im übrigen ist die Behörde zuständig, in deren Bereich sich der Leistungsberechtigte tatsächlich aufhält. Diese Zuständigkeit bleibt bis zur Beendigung der Leistung auch dann bestehen, wenn die Leistung von der zuständigen Behörde außerhalb ihres Bereichs sichergestellt wird.

(2) Für die Leistungen in Einrichtungen, die der Krankenbehandlung oder anderen Maßnahmen nach diesem Gesetz dienen, ist die Behörde örtlich zuständig, in deren Bereich der Leistungsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Aufnahme hat oder in den zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hat. War bei Einsetzen der Leistung der Leistungsberechtigte aus einer Einrichtung im Sinne des Satzes 1 in eine andere Einrichtung oder von dort in weitere Einrichtungen übergetreten oder tritt nach Leistungsbeginn ein solcher Fall ein, ist der gewöhnliche Aufenthalt, der für die erste Einrichtung maßgebend war, entscheidend. Steht nicht spätestens innerhalb von vier Wochen fest, ob und wo der gewöhnliche Aufenthalt nach den Sätzen 1 und 2 begründet worden ist, oder liegt ein Eilfall vor, hat die nach Absatz 1 zuständige Behörde über die Leistung unverzüglich zu entscheiden und vorläufig einzutreten. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungen an Personen, die sich in Einrichtungen zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung aufhalten oder aufgehalten haben.

(3) Als gewöhnlicher Aufenthalt im Sinne dieses Gesetzes gilt der Ort, an dem sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, daß er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Als gewöhnlicher Aufenthalt ist auch von Beginn an ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mindestens sechs Monaten Dauer anzusehen; kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt. Satz 2 gilt nicht, wenn der Aufenthalt ausschließlich zum Zweck des Besuchs, der Erholung, der Kur oder ähnlichen privaten Zwecken erfolgt und nicht länger als ein Jahr dauert. Ist jemand nach Absatz 1 Satz 1 nach dem Asylgesetz oder nach dem Aufenthaltsgesetz verteilt oder zugewiesen worden oder besteht für ihn eine Wohnsitzauflage für einen bestimmten Bereich, so gilt dieser Bereich als sein gewöhnlicher Aufenthalt. Wurde eine Vereinbarung nach § 45 Absatz 2 des Asylgesetzes getroffen, so gilt der Bereich als gewöhnlicher Aufenthalt des Leistungsberechtigten, in dem die nach § 46 Absatz 2a des Asylgesetzes für seine Aufnahme zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt. Für ein neugeborenes Kind ist der gewöhnliche Aufenthalt der Mutter maßgeblich.

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche
Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember
1988, BGBl. I S. 2477)**

§ 72 Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

(4) (weggefallen)

§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.
- (2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.
- (3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.
- (4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Mitglied", für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Rentner". Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung "Familienversicherte".
- (5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Zwölften Buches oder des Achten Buches sind, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.
- (6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 87a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.
- (7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den

Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

§ 291 Krankenversichertenkarte

(1) Die Krankenkasse stellt spätestens bis zum 1. Januar 1995 für jeden Versicherten eine Krankenversichertenkarte aus, die den Krankenschein nach § 15 ersetzt. Die Karte ist von dem Versicherten zu unterschreiben. Sie darf vorbehaltlich § 291a nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern verwendet werden. Die Karte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstellenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. Bei Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung bestätigt der Versicherte auf dem Abrechnungsschein des Arztes das Bestehen der Mitgliedschaft durch seine Unterschrift. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

(2) Die Krankenversichertenkarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke (§ 295 Abs. 3 Nr. 1 und 2) geeigneten Form vorbehaltlich § 291a ausschließlich folgende Angaben:

1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
2. Familienname und Vorname des Versicherten,
3. Geburtsdatum,
4. Geschlecht,
5. Anschrift,
6. Krankenversichertennummer,
7. Versichertenstatus, für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form,
8. Zuzahlungsstatus,
9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs;

die Erweiterung der Krankenversichertenkarte um das Lichtbild sowie die Angaben zum Geschlecht und zum Zuzahlungsstatus haben spätestens bis zum 1. Januar 2006 zu erfolgen; Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild.

Sofern für die Krankenkasse Verträge nach § 83 Satz 2 geschlossen sind, ist für die Mitglieder, die ihren Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen haben, als Kennzeichen nach Satz 1 Nr. 1 das Kennzeichen der kassenärztlichen Vereinigung zu verwenden, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.

(2a) Die Krankenkasse erweitert die Krankenversichertenkarte nach Absatz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a. Neben der Verwendung nach Absatz 1 Satz 3 hat die Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Abs. 2 und 3 zu gewährleisten. Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.

(2b) Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. § 15 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden. Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln.

(3) Das Nähere über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Abs. 1.

(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die Krankenversichertenkarte von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen. Abweichend von Satz 1 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Optimierung der Verfahrensabläufe für die Versicherten die Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte bei Kassenwechsel beschließen; dabei ist sicherzustellen, dass die Daten nach Absatz 2 Nr. 1, 6, 7, 9 und 10 fristgerecht aktualisiert werden. Der Beschluss bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Wird die elektronische Gesundheitskarte nach Satz 1 eingezogen, hat die einziehende Krankenkasse sicherzustellen, dass eine Weiternutzung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 durch die Versicherten möglich ist. Vor Einzug der elektronischen Gesundheitskarte hat die einziehende Krankenkasse über Möglichkeiten zur Löschung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 zu informieren. Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei Austausch der elektronischen Gesundheitskarte im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses.

**Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
eines Gesetzes zur Änderung des Asylverfahrensgesetzes,
des Asylbewerberleistungsgesetzes und weiterer Gesetze
(Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz)**

(Stand: 21. September 2015 01:31)

1. Allgemeine Bewertung

Die KZBV begrüßt grundsätzlich die Zielsetzung des Gesetzes, auf den aktuell verstärkten Zustrom von Flüchtlingen nach Deutschland durch Maßnahmen zur Beschleunigung, Vereinheitlichung und Flexibilisierung des Asylverfahrens zu reagieren. Begrüßt werden ferner die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Betroffenen und dabei insbesondere des Impfschutzes gem. der vorgesehenen Neufassung von § 4 Abs. 2a Asylbewerberleistungsgesetz, der auch eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung einer sicheren und sachgerechten zahnmedizinischen Versorgung darstellt. Im Weiteren beschränkt sich die KZBV aber auf eine Stellungnahme zu Aspekten, die den Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge und dabei insbesondere den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung tangieren.

Für die erforderliche zahnmedizinische Versorgung der Flüchtlinge und auch für die, infolge deren besonderen Lebenssituation erforderlichen besonderen Verfahren steht die Vertragszahnärzteschaft bereits aus ethisch-humanitären Gründen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Dabei bestehen allerdings besondere Versorgungsprobleme,

die zum Teil bereits durch kulturelle und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, zum Teil aber auch durch bürokratische Hindernisse begründet werden.

So sind zwar die Leistungsansprüche der Betroffenen grundsätzlich im Asylbewerberleistungsgesetz und im SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Umsetzung dieser Normen obliegt im Einzelnen jedoch den Kommunen, woraus sich bisher ein Flickenteppich unterschiedlichster Umsetzungsformen ergeben hat. Zum Teil werden von den Sozialämtern besondere Versorgungsscheine oder –karten ausgegeben, zum Teil wird diese Aufgabe auch an gesetzliche Krankenkassen delegiert, so dass die Betroffenen mit einer eGK in der vertragszahnärztlichen Praxis erscheinen. Bei diesen eGKs wird dann regelmäßig der Versichertenstatus mit der Kennziffer „4“ gekennzeichnet, die auch für andere Leistungsberechtigte Verwendung findet, die keiner Einschränkung des Leistungsspektrums in der GKV unterliegen. Ein davon eventuell abweichender, besonderer Status von Asylbewerbern ist daher aus einer entsprechenden Kennzeichnung jedenfalls nicht unmittelbar ersichtlich.

Der grundsätzlich gesetzlich einheitlich geregelte Versorgungsanspruch der Betroffenen wird von den Kommunen bisher nicht nur auf der Grundlage unterschiedlicher Verfahren, sondern auch angesichts inhaltlich unterschiedlicher Interpretationen und Handhabungen nicht einheitlich wahrgenommen. Der Zahnarzt kann somit zwar die individuellen Behandlungsbedarfe und -möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Falle den konkreten Leistungsanspruch des Patienten und die Frage, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren die zu erbringenden Leistungen abzurechnen sind. Die damit verbundenen Unsicherheiten erschweren und verzögern die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zusätzlich.

Die KZBV spricht sich daher für eine möglichst bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche und eindeutige Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aus. Dieses einheitliche Verfahren muss dabei für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zumindest folgenden Anforderungen Rechnung tragen:

1. Für den Vertragszahnarzt muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist.

2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt gleichzeitig ein einheitlicher und klar abgegrenzter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.
3. Zudem muss vor Beginn der Behandlung einheitlich und verbindlich festgelegt werden, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren der Vertragszahnarzt eine Abrechnung der Leistungen vorzunehmen hat. Dabei muss in jedem Falle sichergestellt werden, dass diese zusätzlich zu erbringenden Leistungen nicht den mengenbegrenzenden Regularien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden.

Soweit die zahnmedizinische Versorgung auch dieser Anspruchsberechtigten weiterhin flächendeckend und zeitnah sichergestellt werden soll, ist der Gesetzgeber gefordert, für die aktuelle Situation kurzfristig einheitliche und angemessene Verfahren verbindlich vorzugeben, die diesen Anforderungen auch tatsächlich Rechnung tragen.

2. Stellungnahme zur vorgesehenen Neuregelung von § 264 Abs. 1 SGB V-E

Aufbauend auf der bereits bisher bestehenden Möglichkeit für Krankenkassen gem. § 264 Abs. 1 SGB V u.a. auch für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz die Krankenbehandlung zu übernehmen, ist vorgesehen, dass die Krankenkasse hierzu dann verpflichtet ist, wenn sie durch die Landesregierung oder die von ihr beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wird. Ebenso sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung auf Landesebene verpflichtet werden, sofern diese von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde zur Übernahme der Krankenbehandlung aufgefordert werden. Ferner hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisationen der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden Rahmenempfehlungen hierzu abzugeben.

Die vorgesehenen Neuregelungen verfolgen grundsätzlich einen zutreffenden Ansatz zur Konkretisierung des Leistungsrechtes hinsichtlich der Betroffenen und werden inso-

fern begrüßt. Allerdings wird dadurch eine bundeseinheitliche bzw. zumindest landeseinheitliche Leistungsgewährung und -abwicklung nicht gewährleistet, sondern lediglich eine grundsätzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung vorgesehen, die aber zum einen inhaltlich nicht verbindlich ausgestaltet wird und zum anderen von einer Initiative der jeweiligen Kostenträger abhängig ist. Auch wenn insofern Rahmenempfehlungen auf Bundesebene vorgesehen sind, wird dadurch jedenfalls eine bundeseinheitliche Ausgestaltung derartiger Verträge ebenso wenig vorgeschrieben wie deren bundesweiter Abschluss. Eine Abkehr von der augenblicklichen unterschiedlichen Handhabung der Leistungsansprüche auf Landes- und Kommunalebene wird durch die vorgesehenen Maßnahmen daher zwar erleichtert, nicht jedoch sicher erreicht.

Zudem sollen die Verträge ausweislich der vorgesehenen Bestimmungen in § 264 Abs. 1 Satz 3 SGB V-E und der diesbezüglichen Begründung inhaltlich jedenfalls im Wesentlichen auf die formale Ausgestaltung und Abwicklung der Leistungsverfahren abzielen. Dadurch wird nicht sichergestellt, dass zumindest in derartigen Verträgen eine einheitliche Eingrenzung und Konkretisierung des Leistungsanspruches des Betroffenen erfolgt und gegenüber dem Vertragszahnarzt offengelegt wird. Ebenso wird dadurch nicht sichergestellt, dass die danach ggf. zusätzlich zu erbringenden Leistungen, die dann ebenso wie solche gegenüber gesetzlich Krankenversicherten vom Vertragszahnarzt über die KZV abzurechnen wären, nicht nachträglich mengenbegrenzenden Regularien wie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden. Daher werden die vorgesehenen Maßnahmen voraussichtlich keine grundsätzliche Änderung der bisherigen Problematik bei der (zahn-)medizinischen Versorgung von Flüchtlingen bewirken und sollten zumindest durch entsprechend konkrete gesetzliche Regelungen ergänzt werden, die den o.g. Forderungen angemessen Rechnung tragen.

3. Stellungnahme zur vorgesehenen Neuregelung von § 291 Abs. 2a Satz 4 SGB V-E

Durch die Neufassung soll bestimmt werden, dass der Status eines Empfängers von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes in der elektronischen Gesundheitskarte besonders zu kennzeichnen ist. Nicht ausweislich des Gesetzentwurfes, sondern lediglich der diesbezüglichen Begründung soll diese Be-

stimmung allerdings erst ein Jahr nach Verkündung des Gesetzes in Kraft treten, um den Beteiligten genügend Zeit für die erforderliche Umsetzung einzuräumen.

Die vorgesehene Maßnahme wird im Grundsatz begrüßt, da sie der Forderung Rechnung trägt, dass der Vertragszahnarzt unmittelbar und eindeutig erkennen kann, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist. Es ist auch als realistisch zu bewerten, dass eine konkrete Umsetzung dieser Bestimmung infolge der hierfür erforderlichen technischen Anpassung auf verschiedenen Ebenen nicht kurzfristig, sondern voraussichtlich erst innerhalb eines Jahres erfolgen kann. Dies illustriert allerdings zugleich die Notwendigkeit, dass bei einer, nach der vorgesehenen Neufassung von § 264 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-E weiterhin lediglich fakultativ zu vereinbarenden Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte für die Zwischenzeit alternative Verfahren bestimmt werden müssen, durch die durch andere Maßnahmen eine eindeutige Kennzeichnung von Anspruchsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sichergestellt wird.

23. September 2015

Zahnmedizinische Versorgung von Flüchtlingen sicherstellen

Der aktuelle Zustrom von Flüchtlingen nach Deutschland stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar. Hierzu zählt auch die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung der Flüchtlinge. Hierfür stehen die deutsche Zahnärzteschaft insgesamt und damit auch die Vertragszahnärzte bereits aus ethisch-humanitären Gründen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Dies auch angesichts der Tatsache, dass die Behandlung dieser zusätzlichen Patienten zum Teil bereits wegen kultureller und sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten belastet wird. Zusätzliche Versorgungsprobleme ergeben sich zurzeit auch aus der Massierung der Flüchtlinge, z.B. in einzelnen Aufnahmelagern, und die damit verbundene Konzentration der Leistungsanspruchnahme auf einzelne Praxen im Umfeld, deren Leistungsfähigkeit damit zum Teil überschritten wird.

Diese bereits deshalb problematische Versorgungssituation wird zurzeit allerdings noch zusätzlich durch unterschiedliche bürokratische Hindernisse erschwert. Zwar sind die Leistungsansprüche der Betroffenen grundsätzlich im Asylbewerberleistungsgesetz und im SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Umsetzung dieser Normen obliegt im Einzelnen jedoch den Kommunen, woraus sich bisher ein Flickenteppich unterschiedlichster Umsetzungsformen ergeben hat. Zum Teil werden von den Sozialämtern besondere Versorgungsscheine oder –karten ausgegeben, zum Teil wird diese Aufgabe auch an gesetzliche Krankenkassen delegiert, so dass die Betroffenen mit einer eGK in der vertragszahnärztlichen Praxis erscheinen. Bei diesen eGKs wird dann regelmäßig der Versichertenstatus mit der Kennziffer „4“ gekennzeichnet, die auch für andere Leistungsberechtigte Verwendung findet, die keiner Einschränkung des Leistungsspektrums in der GKV unterliegen. Ein davon eventuell abweichender, besonderer Status von Asylbewerbern ist daher aus einer entsprechenden Kennzeichnung jedenfalls nicht unmittelbar ersichtlich.

Der grundsätzliche Versorgungsanspruch der Betroffenen bezieht sich generell nur auf die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linde-

nung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt danach nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Dieser Versorgungsauftrag wird von den Kommunen bisher aber nicht nur auf der Grundlage unterschiedlicher Verfahren, sondern auch angesichts inhaltlich unterschiedlicher Interpretationen und Handhabungen nicht einheitlich wahrgenommen. Der Zahnarzt kann somit zwar die individuellen Behandlungsbedarfe und –möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Falle den konkreten Leistungsanspruch des Patienten und die Frage, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren die zu erbringenden Leistungen abzurechnen sind. Die damit verbundenen Unsicherheiten erschweren und verzögern die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zusätzlich. Während sich diese Fragen bisher auf eine überschaubare Zahl von Fällen beschränkten, potenzieren sich die bürokratischen Hemmnisse angesichts der schlagartig angestiegenen Flüchtlingszahlen nunmehr in einer Weise, die ebenso wie an anderer Stelle ein unbürokratisches und vor allen Dingen einheitliches Vorgehen fordert.

Die KZBV spricht sich daher für eine möglichst bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche und eindeutige Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aus. Dieses einheitliche Verfahren muss dabei für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zumindest folgenden Anforderungen Rechnung tragen:

1. Für den Vertragszahnarzt muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist.
2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt gleichzeitig ein einheitlicher und klar abgegrenzter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.
3. Zudem muss vor Beginn der Behandlung einheitlich und verbindlich festgelegt werden, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren der Vertragszahnarzt eine Abrechnung der Leistungen vorzunehmen hat. Dabei muss in jedem Falle sichergestellt werden, dass diese zusätzlich zu erbringenden Leistungen nicht den mengenbegrenzenden Regularien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden.

Soweit die zahnmedizinische Versorgung auch dieser Anspruchsberechtigten weiterhin flächendeckend und zeitnah sichergestellt werden soll, ist der Gesetzgeber gefordert, für die aktuelle Situation kurzfristig einheitliche und angemessene Verfahren verbindlich vorzugeben, die diesen Anforderungen auch tatsächlich Rechnung tragen. Aus Sicht der KZBV kommen dabei auf der Grundlage der zurzeit praktizierten Verfahren grundsätzlich zwei Alternativen in Betracht:

- Es erfolgt eine flächendeckende, zumindest landesweit einheitliche Ausgabe körperlicher Anspruchsberechtigungsdocuments, aus denen sich der Umfang des Anspruches und der Abrechnungsweg für den Vertragszahnarzt unmittelbar und verbindlich entnehmen lassen.
- Es erfolgt eine flächendeckende, zumindest aber landesweit einheitliche Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten durch die gesetzlichen Krankenkassen, verbunden mit einer klaren Kennzeichnung des Versichertenstatus. Soweit aus der eGK keine weiteren Leistungseinschränkungen ersichtlich sein sollten, wäre damit ein uneingeschränkter Leistungsanspruch, ebenso wie in der GKV im Übrigen, verbunden.

Zur Beseitigung der aktuellen, sich aus den schlagartig angestiegenen Flüchtlingszahlen ergebenden Versorgungsprobleme fordert die KZBV eine möglichst kurzfristige und eindeutige Regelung dieser Fragestellungen durch den Bundes- bzw. Landesgesetzgeber.

**11. Vertreterversammlung
am 28. und 29. Oktober 2015
in Hamburg**

Antrag Nr.
5 / 1

Zu Top 5. Bericht des Vorstandes

Antragsteller:

Vorstand der KZBV

Betreff:

Zahnmedizinische Versorgung von Flüchtlingen sicherstellen

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZBV fordert die Bundesregierung auf, im Zusammenwirken mit den Ländern, Kommunen und den Krankenkassen, eine bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sicherzustellen.

Dazu müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

1. Für die Vertragszahnärzte muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, ob und in welchem Umfang die Patienten anspruchsberechtigt sind.
2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt in den jeweiligen Bundesländern ein im Umfang festgelegter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Der Zahnarzt kann zwar die individuellen Behandlungsbedarfe und –möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Falle den konkreten Leistungsanspruch

des Patienten und die Frage, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren die zu erbringenden Leistungen abzurechnen sind. Die damit verbundenen Unsicherheiten erschweren und verzögern die Behandlungsmaßnahmen und erfordern daher im Hinblick auf die immer noch ansteigenden Flüchtlingszahlen zeitnah ein eindeutiges und dadurch für alle Beteiligten rechtssicheres Verfahren.

Die aufgrund der hohen Flüchtlingszahlen bereits problematische Versorgungssituation wird zurzeit durch unterschiedliche bürokratische Hindernisse noch erschwert. So sind die Leistungsansprüche der Betroffenen grundsätzlich zwar im Asylbewerberleistungsgesetz und im SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Umsetzung dieser Normen obliegt im Einzelnen jedoch den Kommunen, woraus ein Flickenteppich unterschiedlichster Umsetzungsformen resultiert. Zudem wird der Versorgungsauftrag von den Kommunen bisher auch angesichts inhaltlich unterschiedlicher Interpretationen und Handhabungen nicht einheitlich wahrgenommen.

Abstimmungsergebnis:

Die Resolution ist einstimmig angenommen worden.



FAQs

Zahnmedizinische Behandlung von Asylbewerbern in Bayern

Stand: 05.10.2015

Der anhaltende Flüchtlingsstrom stellt derzeit die Bevölkerung in ganz Deutschland vor große Herausforderungen. Allein aus der großen Anzahl der Flüchtlinge ergeben sich zurzeit Versorgungsfragen, die auch die zahnmedizinische Versorgung dieser mitunter stark traumatisierten Menschen betreffen.

Die bisher meist gestellten Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung dieser Patienten und die dazugehörigen Antworten haben wir nachfolgend für Sie zusammengestellt:

1. Was sind die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch eines Asylbewerbers auf eine zahnärztliche Behandlung?

Grundsätzlich gilt für die medizinische Versorgung der Asylbewerber während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts das Asylbewerberleistungsgesetz. Ein Leistungsanspruch gem. § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) besteht im Falle von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Es wird ein konkreter Hilfebedarf vorausgesetzt. Nach dem Willen des Gesetzgebers ist der Leistungsanspruch eingeschränkt. In diesem Zusammenhang können auch Behandlungen durchgeführt werden, die zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen dienen.

2. Hat der Asylbewerber generell Anspruch auf eine Routineuntersuchung beim Zahnarzt?

Nein. Ist jedoch eine Untersuchung wegen akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen erforderlich, kann diese nach der BEMA-Nr. 01 abgerechnet werden.

3. Haben schwangere Asylbewerber Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen?

Ja. Laut § 4 Abs. 3 AsylbLG hat die zuständige Behörde bei Schwangeren und Wöchnerinnen auch die gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicherzustellen.

4. Was ist eine akute Erkrankung?

Eine akute Erkrankung ist nach der Rechtsprechung ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.



5. Wie wird eine akute von einer chronischen Erkrankung abgegrenzt?

Da es sich bei der Abgrenzung von akuten und chronischen Erkrankungen um eine oft nicht eindeutig zu klärende medizinische Frage handelt, und bei chronischen Erkrankungen nur „das Unabweisbare“ geleistet werden soll, fordern Sozialbehörden zur Klärung der Voraussetzungen häufig die Stellungnahme eines Amtsarztes an. Das führt in der Praxis vielfach zu erheblichen Verzögerungen notwendiger Behandlungen.

6. Welche zahnärztlichen Leistungen dürfen abgerechnet werden?

Die Zahnärzte dürfen die erforderlichen zahnärztlichen Behandlungsleistungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln erbringen.

Werden im Rahmen der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände weitere behandlungsbedürftige Befunde festgestellt, die zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlich sind, können auch diese behandelt werden. Der Leistungskatalog der KZVB für Leistungen des Bema Teil 1 (KCH) für Asylbewerber ist dabei einzuhalten.

Beispiel: Ein Asylbewerber sucht den Zahnarzt wegen Schmerzen am Zahn 46 auf. Während der Untersuchung stellt der Zahnarzt auch an den Zähnen 15 und 17 Karies fest. Neben dem Zahn 46 können auch die Zähne 15 und 17 behandelt und abgerechnet werden.

Für Behandlungen, die im Leistungskatalog der KZVB nicht enthalten sind oder für Leistungen aus anderen Bema-Teilen, ist vorab eine Genehmigung für die Übernahme der Kosten bei dem zuständigen Leistungsträger (71 Landkreise und 25 kreisfreie Städte) einzuholen.

Gemäß § 6 AsylbLG können sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie u. a. im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von **Kindern** geboten sind. Sie unterliegen demnach einer Ermessensentscheidung der zuständigen Behörde. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

7. Wozu dient der Leistungskatalog für Asylbewerber der KZVB?

In Bayern besteht eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Landkreis-, dem Städte- und dem Bezirkstag und der KZVB, welche unter anderem die zahnärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt.

Die zahnärztlichen Leistungen, die unstrittig hinsichtlich der Kostenübernahme durch die Leistungsträger sind, sind in einem eigenen Leistungskatalog zwischen KZVB und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration abgestimmt worden. Für diese Leistungen muss keine Genehmigung eingeholt werden. Der Leistungskatalog wurde im **Rundschreiben Nr. 5/2015 vom 23. September 2015** veröffentlicht.

8. Gilt der Leistungskatalog für alle Asylbewerber?

Nein. Das Leistungsverzeichnis der KZVB gilt nur bei den Leistungsberechtigten nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) als Verzeichnis der unstrittig abrechenbaren Leistungen.

Bei Leistungsberechtigten nach § 1a AsylbLG, das sind diejenigen Asylbewerber, die kurz vor der Abschiebung stehen, findet das Leistungsverzeichnis nur sehr eingeschränkt Anwendung. Beachten Sie in die entsprechende Eintragung im Zahnbehandlungsschein.

9. Welche Leistungen können bei Asylbewerbern nach § 1a AsylbLG, die kurz vor der Abschiebung stehen, abgerechnet werden?

Es dürfen nur Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der KZVB abgerechnet werden, die als unabweisbar geboten erscheinen, demnach der Beseitigung akuter Schmerzen dienen, wie **beispielsweise** eine Wurzelkanalbehandlung, Abszessspaltung oder Extraktion. Hierzu gehören auch die notwendigen „Begleitleistungen“, wie beispielsweise Untersuchung, Vitalitätsprüfung, Röntgenaufnahme oder Lokalanästhesie. Werden im Rahmen der Untersuchung weitere behandlungsbedürftige Befunde festgestellt, die aber keine dringende akute Versorgung benötigen, dürfen diese Behandlungen nicht mit dem Leistungsträger abgerechnet werden.

10. Können Leistungen, die über den Asylbewerber-Leistungskatalog hinaus gehen, erbracht und abgerechnet werden?

Ja.

In Ausnahmefällen und nach Zustimmung der Leistungsträger können alle Leistungen aller BEMA-Teile erbracht und abgerechnet werden. Alle nicht gelisteten Leistungen müssen jedoch vorab beantragt werden, beispielsweise

- Kieferorthopädische Behandlung, soweit diese im Einzelfall aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist, da bereits mit einer kieferorthopädischen Behandlung begonnen wurde und **Maßnahmen zu deren Unterbrechung** erforderlich sind. (BEMA-Teil 3)
- Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, soweit diese im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (BEMA-Teil 5).
- Versorgung mit erforderlichen Arznei- und Verbandmitteln gem. § 31 SGB V. Soweit für Arzneimittelgruppen Festbeträge festgesetzt sind, dürfen nur solche Arzneimittel verordnet werden, die zum Festbetrag oder einem niedrigeren Preis erhältlich sind.

Der Leistungskatalog ist somit generell nicht beschränkt. Leistungen, die jedoch für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf der Vertragszahnarzt nicht bewirken oder verordnen; der Leistungsträger darf sie nicht bewilligen.



11. Wann kann die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen aus medizinischen Gründen unaufschiebbar sein?

Hierzu zählen in erster Linie Wiederherstellungsmaßnahmen an vorhandenem Zahnersatz, beispielsweise eine Prothesenbruchreparatur.

Liegt ein **aktueller** Zahnverlust oder eine Zahnfraktur im **Frontzahnbereich** vor (beispielsweise unmittelbar nach einem Unfall oder einer Schlägerei) so ist der Ersatz des Frontzahns in der Regel unaufschiebbar, da ein solches Unfallgeschehen im Frontzahnbereich – im Gegensatz zum Seitenzahnbereich – entstellend und psychisch äußerst belastend ist.

Besteht jedoch eine Frontzahn­lücke/fraktur bereits seit längerer Zeit, so gilt ihre Versorgung in der Regel auch als weiterhin aufschiebbar.

Liegt eine **aktuelle** Zahnfraktur im **Seitenzahnbereich** vor, die auch nicht übergangsweise mit einer Füllung versorgt werden kann, so kann die Versorgung mit einer Zahnkrone unaufschiebbar sein.

Die Entscheidung über die eventuelle Unaufschiebbarkeit einer Zahnersatzversorgung hängt vom individuellen Einzelfall ab.

Alle Zahnersatzleistungen müssen vorab bei der zuständigen Stelle beantragt, entsprechend begründet und genehmigt werden.

12. Wer begutachtet ggf. genehmigungspflichtige Behandlungen?

Dies entscheidet die zuständige Behörde. Das kann der MDK oder ein ein vom Gesundheitsamt benannter Amtsarzt/Amtszahnarzt sein. Die Gutachter der KZVB sind nicht dazu verpflichtet, sie können sich jedoch individuell auf Anfrage der zuständigen Behörde dazu bereit erklären.

13. Gelten die BEMA-Vorschriften?

Bei der Abrechnung der Leistungen bei Asylbewerbern sind die Vorschriften des SGB V, die Behandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die BEMA-Bestimmungen zu beachten. Durch den Verweis des § 4 Abs. 3 AsylbLG auf den § 72 Abs. 2 SGB V ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten.

14. Sind die Leistungen budgetiert?

Nein.



15. Werden die Leistungen bei der Degressionsberechnung berücksichtigt?

Nein.

16. Gibt es Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Prüfungsstellen gemäß § 106 SGB V?

Nein. Die Leistungen für Asylbewerber werden in Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V nicht einbezogen.

17. Wer entscheidet, was die konkrete erforderliche Behandlung im Einzelfall ist?

Das objektive fachliche Urteil ist entscheidend. Dieses wird grundsätzlich von dem behandelnden Zahnarzt abgegeben.

18. Wie ist der Abrechnungsweg für Leistungen anlässlich der Behandlungen für Asylbewerber in Bayern?

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt online über die KZVB und unter zusätzlicher postalischer Übersendung des Originalbehandlungsscheines. Der Behandlungsschein bestätigt die grundsätzliche Anspruchsberechtigung eines Asylbewerbers. Zukünftig soll die postalische Übersendung des Originals des Behandlungsscheins entfallen.

19. Wie errechnet sich die Vergütung?

Die Vergütung ergibt sich aus der Bewertungszahl der abgerechneten BEMA-Nrn. multipliziert mit dem jeweils mit der AOK Bayern vereinbarten Punktwert für die entsprechenden Leistungsbereiche. Im Jahr 2015 demnach:

- KCH, (PAR, KB) 0,9938 €
- (KFO) 0,8554 €

Bei der Versorgung mit Zahnersatz gilt der bundeseinheitliche Punktwert.

- (ZE) 0,8358 €



20. Wo werden die Behandlungsscheine ausgestellt?

In Bayern gibt es 71 Landkreise und 25 kreisfreie Städte als Leistungsträger. Die Behandlungsscheine werden je nach Aufenthaltsort des Asylbewerbers ausgestellt von

- den Kreisfreien Städten
- den Landratsämtern.

Der Freistaat Bayern erstattet als Kostenträger den Leistungsträgern die Ausgaben, die für die zahnärztliche Behandlung der Asylbewerber entstehen.

21. Was passiert mit dem Behandlungsschein?

Der Behandlungsschein ist vom Berechtigten in der Zahnarztpraxis vorzulegen. Auf dem Behandlungsschein sind u. a. der Name des Asylbewerbers, das Geburtsdatum, die Gültigkeitsdauer und der Status (Leistungsberechtigter nach § 1 oder § 1a AsylbLG) vermerkt.

22. Wie erfährt man den Leistungsträger und die Leistungsträgernummer?

Der bei der Abrechnung anzugebende Leistungsträger und die Leistungsträgernummer („Kassennummer“) befinden sich in den ersten beiden Feldern links oben auf dem Behandlungsschein.

23. Was ist, wenn kein Behandlungsschein vorliegt?

Legt der Asylbewerber keinen Behandlungsschein vor, so kann dieser bei der zuständigen Stelle angefordert werden.

24. Wie werden Medikamente verordnet?

- Die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Vertragszahnärzte erfolgt via rosa Rezeptformular (Muster 16). Die Kosten übernehmen die zuständigen Leistungsträger. Die Rezeptgebühr entfällt.
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente müssen vom Asylbewerber selbst bezahlt werden.

25. Wo findet man die Vereinbarung über die Versorgung von Asylbewerbern in Bayern?

Die Vereinbarung ist in der Roten Abrechnungsmappe unter Sonstige Kostenträger (SOKO – 8 – 1-14) zu finden.

26. Was ist zu tun bei Verständigungsproblemen?

Sprachliche Barrieren bei Asylbewerbern müssen gegebenenfalls durch die Inanspruchnahme sprachkundigen Personals (sog. Sprachmittler), Angehörigen oder Dolmetschern überwunden werden, wobei den Patienten eine Verpflichtung trifft, auf Verständigungsprobleme hinzuweisen. Viele Leistungsträger kennen Sprachmittler, die Asylbewerber beim Praxisbesuch begleiten können.

Die Erstattung der Dolmetscherkosten ist durch den Asylbewerber beim zuständigen Sozialamt (vor der Behandlung) zu beantragen. Die Erstattung ist im Einzelfall möglich, wenn die Hinzuziehung zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten ist.

Wenn die Notwendigkeit besteht, zur Behandlung des Patienten einen Dolmetscher – etwa zur Anamnese oder Aufklärung – hinzuzuziehen, so muss dies dem Patienten mitgeteilt werden.

In der Regel ist (auch) der Asylbewerber vor einer Behandlung – in verständlicher Weise – aufzuklären. Ausnahmsweise kann die Aufklärung unterbleiben, wenn sie aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung aus zahnmedizinischer Sicht unaufschiebbar ist.

27. Gibt es fremdsprachige Anamnesebögen?

Ja. Sie wurden freundlicherweise von ZÄ Gisela Hartmann erstellt und können auf <https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/asyl/> heruntergeladen werden und zur ersten Kommunikation mit dem Asylbewerber verwendet werden.

28. Besteht eine Behandlungspflicht bei Asylbewerbern?

Grundsätzlich liegt der Sicherstellungsauftrag der Behandlung von Asylbewerbern nicht bei der KZVB, sondern bei den zuständigen Behörden. Daraus folgt, dass Vertragszahnärzte keiner Behandlungspflicht von Asylbewerbern unterliegen.

Die Behandlung von Notfällen und akuten Schmerzfällen gehört jedoch nicht nur zu den berufsrechtlichen Pflichten jedes Zahnarztes, sondern ist eine ethische Pflicht.

29. Dürfen Zahnärzte im Ruhestand Asylbewerber behandeln?

Ja. Eine vertragszahnärztliche Zulassung ist dafür nicht notwendig. Die Wiederaufnahme einer zahnärztlichen Tätigkeit ist jedoch beim zuständigen Zahnärztlichen Bezirksverband anzuzeigen.



30. Wie stellt sich die Haftpflicht bei der Behandlung von Asylbewerbern dar?

Erfolgt die Behandlung von Flüchtlingen durch einen niedergelassenen Zahnarzt im Rahmen seiner Praxistätigkeit, so ist dies in der Regel von der bestehenden – obligaten – Berufshaftpflichtversicherung gedeckt. Bei Tätigkeit für das Sozialamt auf Honorarbasis greifen im Schadensfall nach vorläufiger, aber sehr wahrscheinlich zutreffender Einschätzung die Grundsätze der Amtshaftung (also Schadenabwicklung über den Staat), sodass nur noch das sog. Rückgriffsrisiko zu versichern ist. Hierzu sollte direkt bei den Versicherungsunternehmen angefragt werden. Bei ehrenamtlichen Tätigkeiten von Zahnärzten im Ruhestand, die diese nicht für einen bestimmten öffentlichen Träger erbringen, sollte ebenfalls bei der Versicherung angefragt werden; hierfür werden oftmals Sonderkonditionen angeboten.

31. Wie ist mit Infektionsrisiken umzugehen?

Rechtlich besteht keine Verpflichtung des Patienten zur Offenbarung einer Infektion. Grundsätzlich muss ein Zahnarzt bei **jedem** Patienten Maßnahmen treffen, die eine Übertragung von ansteckenden Krankheiten verhindern, da immer auch die Möglichkeit bestehen kann, dass ein Patient selbst von der Tatsache einer infektiösen Krankheit nichts weiß oder diese nicht mitteilt.

Weitere Informationen erhalten Sie vom *Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit* (Stand 15.09.2015) unter

http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/infektionsschutz/doc/merkblatt_asylhelfer_infektionsgefaehrdungen.pdf

und im *Epidemiologischen Bulletin* Nr. 38 vom 21. September 2015 des *Robert-Koch-Instituts* unter

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15.pdf;jsessionid=B8DD193984728508449A0469886B8F1A.2_cid381?_blob=publicationFile

31. Wo erhalte ich weitere Informationen in der KZVB?

- Per Email:
vorstand@kzvb.de
beratung@kzvb.de,
- Per Telefon:
Telefonische Beratung – Telefon 089/ 72401-122
Daniela Gruber, Leiterin Fachbereich Abrechnung KCH/KFO,
Telefon 089/ 72401-333



Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG

Nr.	Leistungsbeschreibung	Punkte
Ä1 Ber	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
01 U	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung	18
03 Zu	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
04	Erhebung des PSI-Code	10
Ä 161 Inz1	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15
Ä 925 Rö2 Rö5 Rö 8 Stat	Röntgendiagnostik der Zähne a) bis zwei Aufnahmen b) bis fünf Aufnahmen c) bis acht Aufnahmen d) Status bei mehr als acht Aufnahmen	12 19 27 34
A935	d) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36
8 ViPr	Sensibilitätsprüfung der Zähne	6
10 ÜZ	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	6
11 pV	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
12 bmf	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störender Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10
13 F1 F2 F3 F4	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrice oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren a) einflächig b) zweiflächig c) dreiflächig d) mehr als dreiflächig oder Eckenauflage im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	32 39 49 58

Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG



Nr.	Leistungsbeschreibung	Punkte
25 Cp	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6
26 P	Direkte Überkappung, je Zahn	6
27 Pulp	Pulpotomie	29
28 VitE	Extirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
29 Dev	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
31 Trep1	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11
32 WK	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
34 Med	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
35 WF	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
36 Nbl1	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
38 N	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	10
40 I	Infiltrationsanästhesie	8
41 L1 L2	Leitungsanästhesie a) intraoral b) extraoral	12 16

Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG



43 X1	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	10
44 X2	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	15
45 X3	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung	40
46 XN	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
47a Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	58
48 Ost2	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78
49 Exz1	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	10
51a Pla1	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
51b Pla0	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	40
105 Mu	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	8
106 sK	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung	10
107 Zst	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16



Punktwerte bayerischer Krankenkassen Quartal 4.2015

	KCH/PAR/KB	IP/FU	ZE	KFO
AOK	0,9938 **)	1,1016 **)	0,8358 **)	0,8544 **)
LKK	0,9765 *)	1,1100 *)	0,8358 **)	0,8395 *)
BKK	0,9959 **)	1,1073 **)	0,8358 **)	0,8563 **)
IKK	0,9394	1,0450	0,8358 **)	0,8077
Knappschaft	0,9959 **)	1,1078 **)	0,8358 **)	0,8563 **)
VDEK	0,9392	1,0450	0,8358 **)	0,8075
DAK Gesundheit	0,9392	1,0450	0,8358 **)	0,8075
Techniker Krankenkasse	0,9958 **)	1,1078 **)	0,8358 **)	0,8561 **)
Sozialamt, Voralberger Gebietskrankenkasse	0,9938 **)	1,1016 **)	0,8358 **)	0,8544 **)
Bundeswehr	1,0738 **)	1,0738 **)	0,9220 **)	0,9220 **)
Bundespolizei	1,0738 **)	1,1452 **)	0,8969 *)	0,9220 **)
Bayerische Bereitschaftspolizei	1,0738 **)	1,1452 **)	0,8969 *)	-----

Die Punktwerte gelten vorläufig bis zu neuen Vereinbarungen weiter.

*) gültig ab 01.01.2014

**) gültig ab 01.01.2015

Für KCH-, IP-, FU-, PAR- und KB-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz der Krankenkasse,
bei Wohnortkassen der Punktwert am Wohnort der/des Versicherten.
Für KFO-Leistungen gilt für alle Krankenkassen der Punktwert am Sitz der Praxis.
Für ZE-Leistungen gilt der bundeseinheitliche Punktwert.

Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis

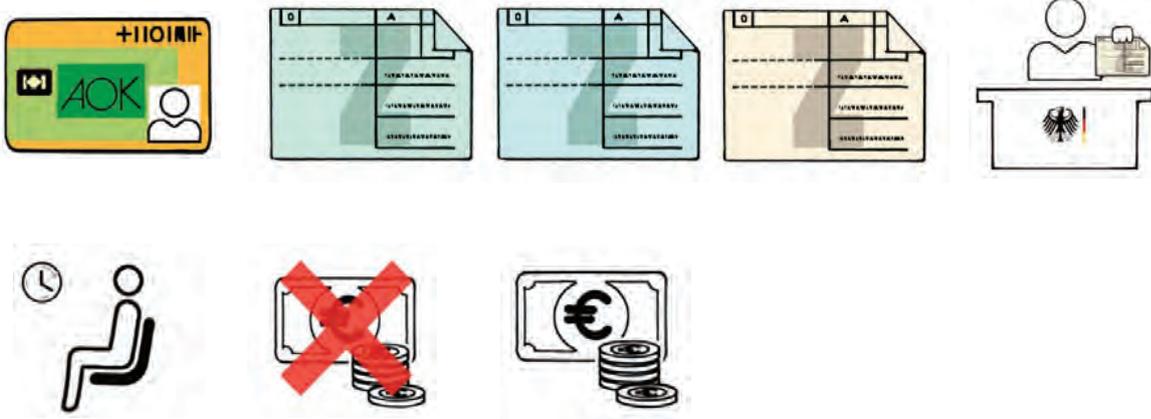
Kommunikation ohne Worte



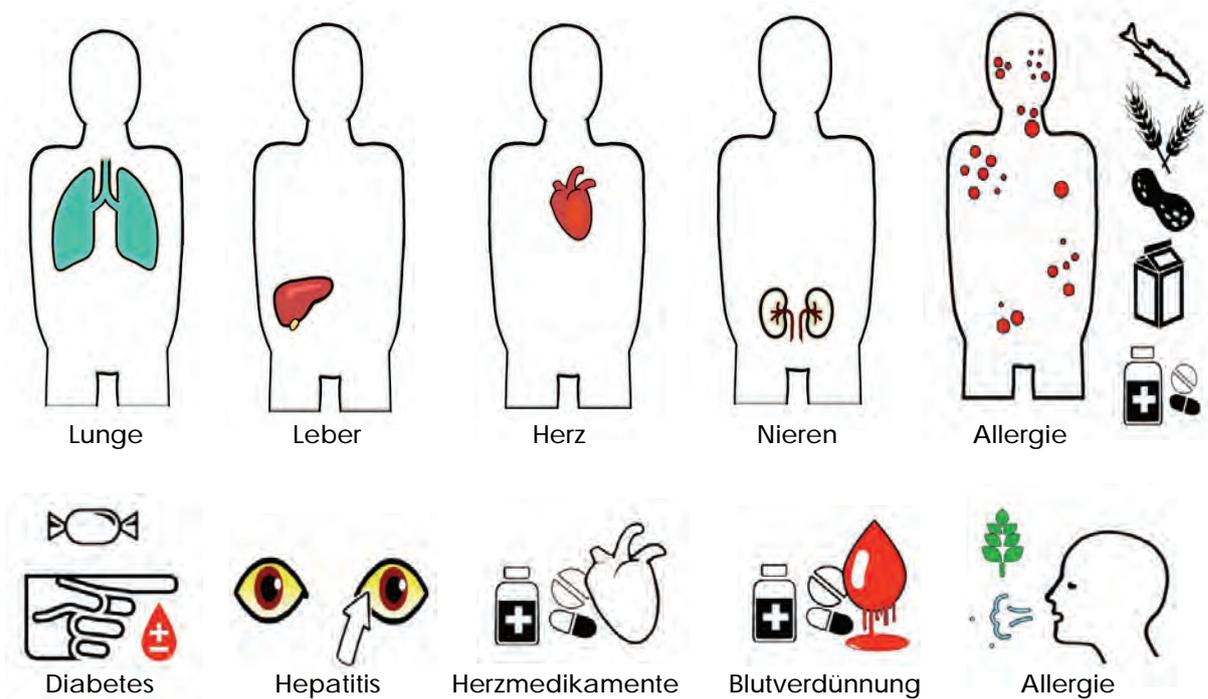
Rechtlicher Hinweis

Das vorliegende Piktogramm dient der Veranschaulichung und soll die Zahnärztin/den Zahnarzt bei der Behandlung von Menschen unterstützen, die der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind. Das Piktogramm ersetzt nicht die Pflicht der Zahnärztin/des Zahnarztes aus dem Behandlungsvertrag zur umfassenden verständlichen und mündlichen Aufklärung der Patienten. Bei fremdsprachigen Patienten gehört es zu den Pflichten des Zahnarztes/der Zahnärztin, sich davon zu überzeugen, dass der Patient dem Aufklärungsgespräch folgen kann. Es muss gesichert sein, dass die Gefahr von Missverständnissen ausgeschlossen ist. Wenn zu befürchten ist, dass der Patient die ärztlichen Erläuterungen nicht richtig versteht, muss die Zahnärztin/der Zahnarzt grundsätzlich eine sprachkundige Person hinzuziehen.

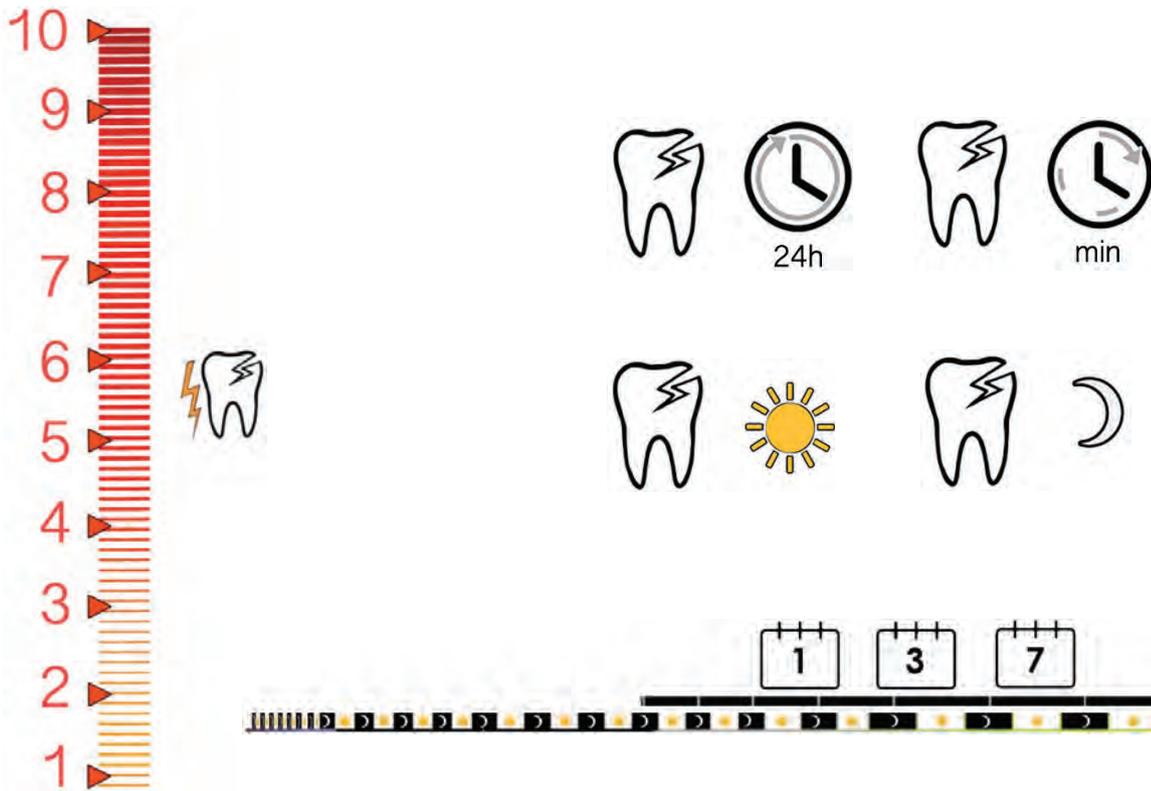
Allgemeines



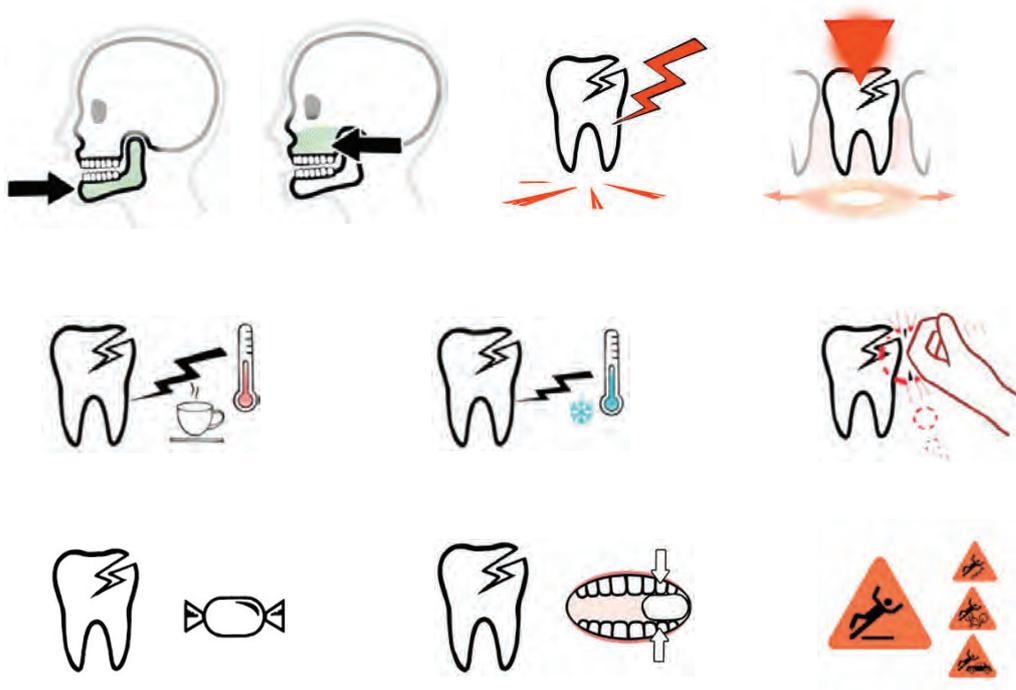
Anamnese



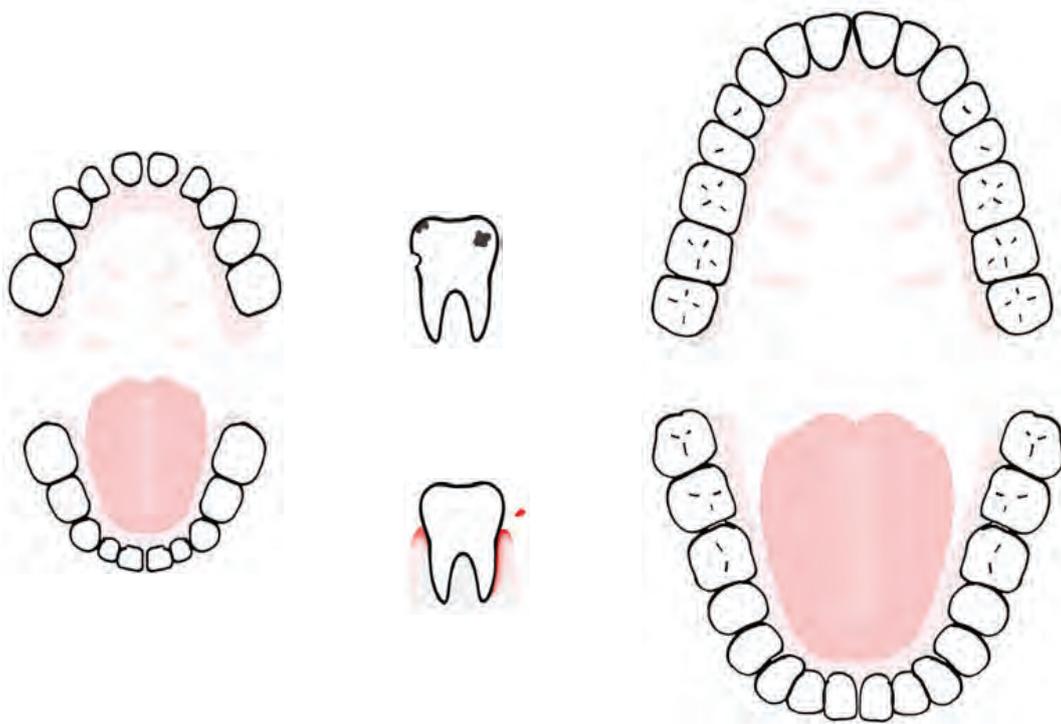
Diagnostik



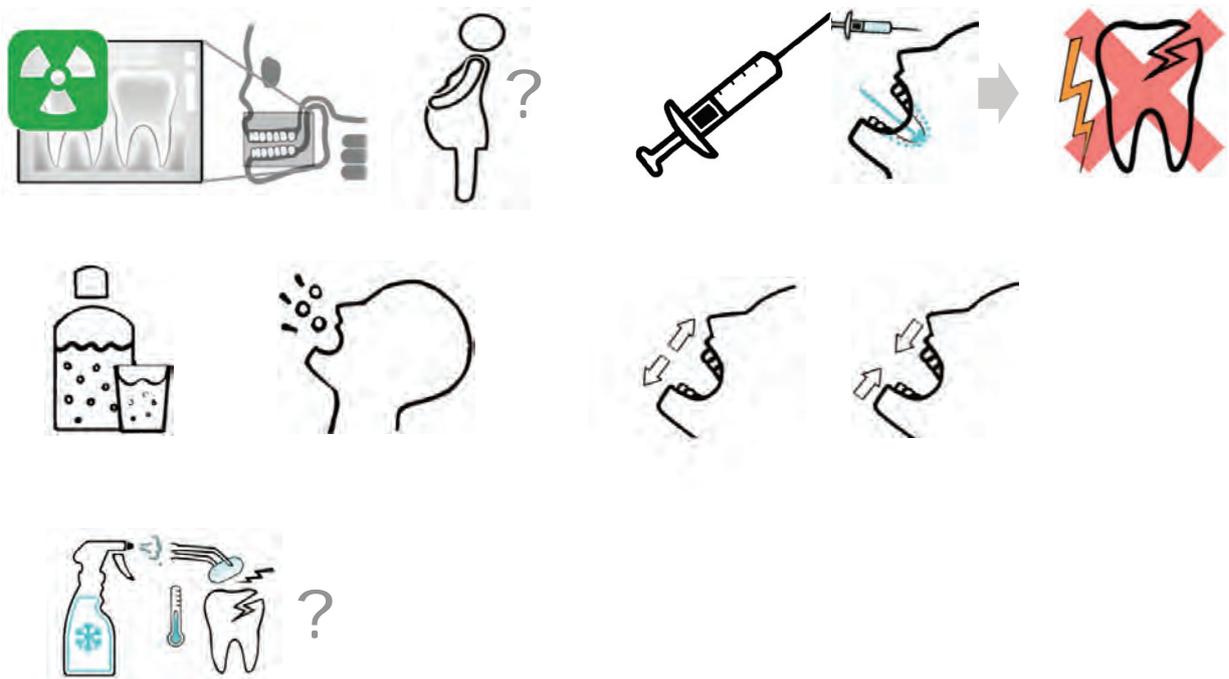
Diagnostik



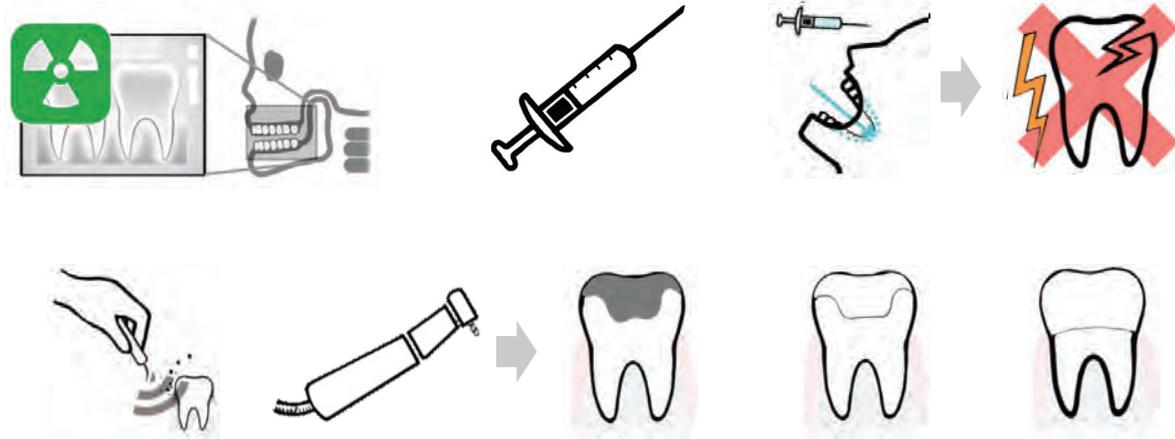
Diagnostik



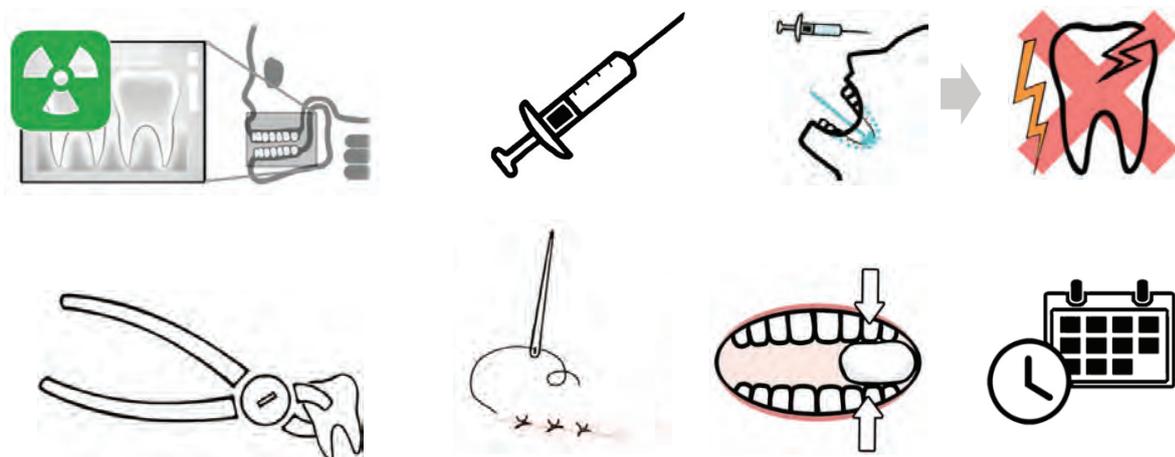
Diagnostik



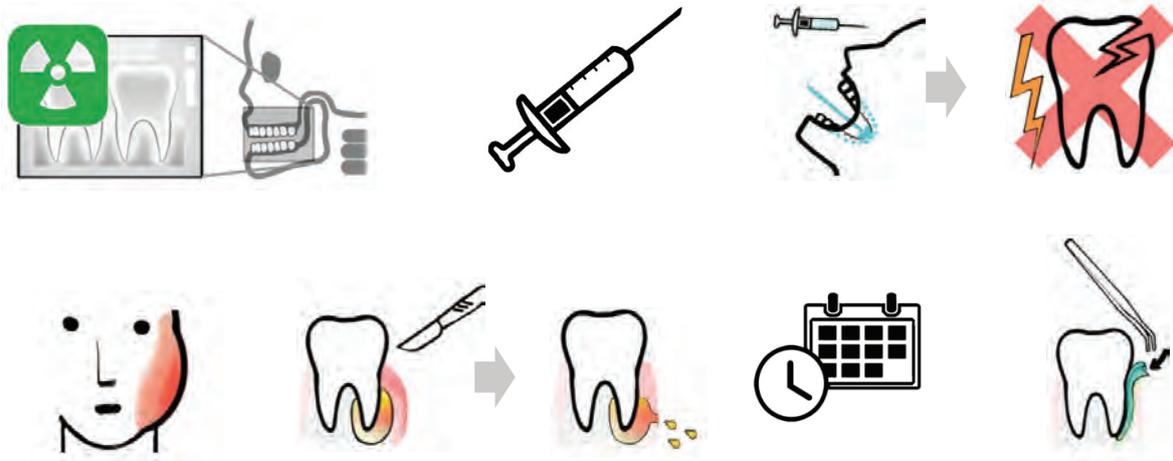
Behandlung – Füllung



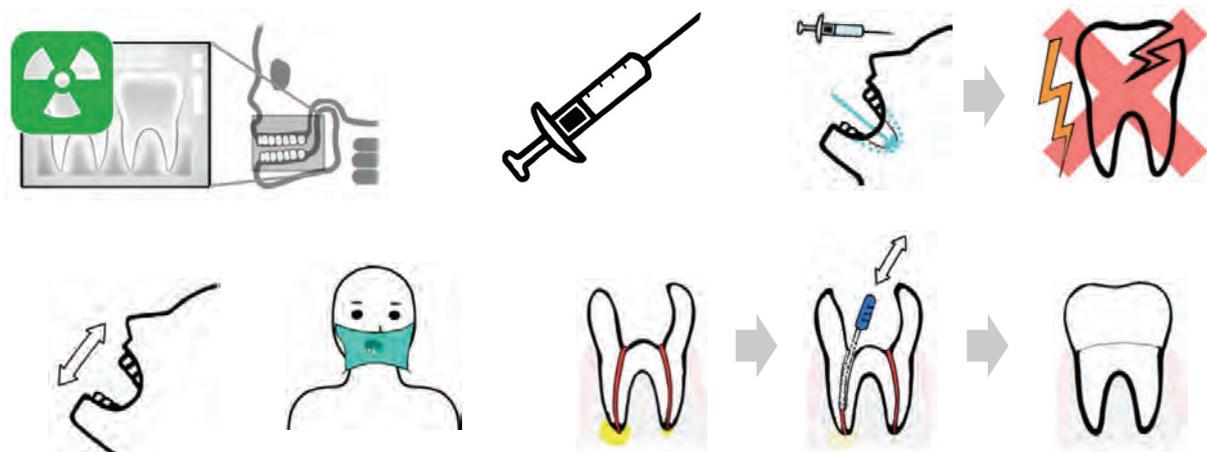
Behandlung – Zahn ziehen



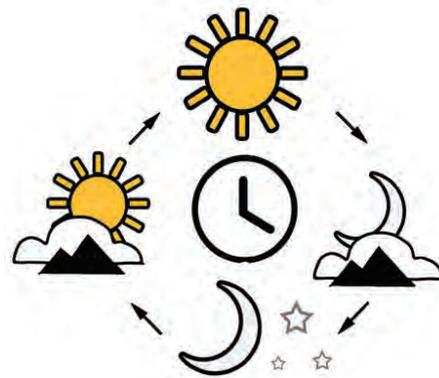
Behandlung – Abszess



Behandlung – Wurzelkanalbehandlung



Verhalten nach der Behandlung



Antibiotika



Schmerzmedikamente



Impressum

Herausgeber:
 Bundeszahnärztekammer
 Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZAK)
 Postfach 04 01 80, 10061 Berlin
 Chausseestraße 13, 10115 Berlin
 Telefon: +49 30 40005-0
 Fax: +49 30 40005-200
 E-Mail: info@bzaek.de
 www.bzaek.de

Projektleitung: Dr. Juliane Gössling MPH
 Redaktion: Dr. Jens Nagaba, Dr. Sebastian Ziller MPH, RA Eike Makuth, Dipl.- Des. Jette Krämer
 Illustration: Konrad Eyferth
 Beratung: Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

© BZAK, Oktober 2015

Die Bundeszahnärztekammer (BZAK) übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Inhalt der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die BZAK, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Bundeszahnärztekammer kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die BZAK behält es sich ausdrücklich vor, Teile des Informationsangebots oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der vorliegende Bogen soll die Zahnärztin/den Zahnarzt im Zuge des Erstkontakts mit Flüchtlingen und Asylbewerbern unterstützen. Lassen Sie Ihren Patienten ankreuzen, welche Sprache er in Wort und Schrift versteht, sodass Sie im Anschluss den korrekten Anamnesebogen verwenden können. Sollte Ihr Patient weder lesen noch schreiben können, finden Sie auf der Website Ihrer zahnärztlichen Körperschaften das neue Piktogrammheft. [HIER](#) oder über den QR-Code gelangen Sie zur Internetseite.



 Ich kann nicht lesen.	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe deutsch in Wort und Schrift.	<input type="checkbox"/>
Unë kuptoj shqip në të folur dhe me shkrim. 1. (Ich verstehe albanisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
أجيد العربية تحدثاً وكتابة 2. (Ich verstehe arabisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
I understand spoken and written English. 3. (Ich verstehe englisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Je comprends français parlé et écrit. 4. (Ich verstehe französisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Razumijem hrvatski rječju i slovom. 5. (Ich verstehe kroatisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ez Kurmancî hem bi qesi/axaftin û hem bi nivîsandî fehm kirim. 6. (Ich verstehe kurdisch-kurmandschi in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ez kanîn Sorani bî axaftin/qisekiri û nivîs fem bikirim. 7. (Ich verstehe kurdisch-sorani in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ez Zazaki (Kırmoncki) qesei kerdene u nustede fam kon. 8. (Ich verstehe kurdisch-zazza in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Јас разбирама македонски усмено и писмено. 9. (Ich verstehe mazedonisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Razumijem crnogorski riječju i slovom. 10. (Ich verstehe montenegrisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
من هم/هم# و هم شفاهی زبان فارسی را میفهمم 11. (Ich verstehe persisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Me halowawa Romane te keraw lafi hem te pishinaw. 12. (Ich verstehe romani in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ја говорим и пишем српски. 13. (Ich verstehe serbisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ben Türkçeyi sözlü ve yazılı olarak anlıyorum. 14. (Ich verstehe türkisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Men o'zbek tilida yozolaman va so'zlasholaman. 15. (Ich verstehe usbekisch in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>

Liebe Patienten,

wir Zahnärzte sind gerne bereit, Sie zu untersuchen und zu behandeln. Sie sind in unseren Praxen herzlich willkommen.

Für die Durchführung einer Behandlung ist es erforderlich, dass Sie sich sprachlich mit dem Zahnarzt verständigen können. Ein Zahnarzt muss Ihnen Fragen stellen – zum Beispiel wo genau Schmerzen vorhanden sind, wie lange die Schmerzen vorliegen oder ob Sie ein Druckgefühl verspüren. Ihre Antworten sind wichtig, um festzustellen, welche Erkrankung vorliegt und welche Behandlung für Sie geeignet ist.

Über diese Behandlung und über mögliche Risiken der Behandlung muss der Zahnarzt Sie aufklären. Daher ist es wichtig, dass Sie mitteilen können, ob zum Beispiel Allergien gegen bestimmte Medikamente bestehen oder Erkrankungen wie HIV oder Hepatitis C vorliegen oder eine Schwangerschaft besteht. Würde der Zahnarzt Sie behandeln, ohne dass er diese Informationen erhalten hat oder ohne Sie aufzuklären, könnte er sich strafbar machen und vor allem auch ihre Gesundheit gefährden.

Falls Sie also selber kein Deutsch sprechen, bringen Sie zur Behandlung bitte eine Person mit, mit der sich der Zahnarzt verständigen kann. Diese Person muss kein ausgebildeter Dolmetscher sein, aber ausreichend Deutsch sprechen und verstehen können.

Zur Behandlung bringen Sie bitte den ausgefüllten anhängenden Patientenerhebungsbogen mit.

Bitte bringen Sie zudem Ihren Identitätsnachweis sowie einen Krankenbehandlungsschein mit. Für Informationen zu dem Krankenbehandlungsschein sprechen Sie bitte das zuständige Amt der Gemeinde (häufig das Sozialamt) oder die Leitung der Einrichtung an, in der Sie derzeit untergebracht sind.

Wir werden Sie so gut wie möglich versorgen!

Ihre Zahnärzte in Westfalen-Lippe

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme für zahnärztliche Behandlungen - einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen - nur bei "Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände" gewährt wird. Eine Kostenübernahme für Zahnersatz erfolgt nur, soweit die Versorgung im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist und ein vom zuständigen Amt genehmigter Heil- und Kostenplan vorliegt. (§ 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz)

Të dashur pacientë,

ne dentistët jemi të gatshëm me kënaqësi që t' ju vizitojmë dhe t' ju mjekojmë. Ju jeni të mirëpritur në ordinancat tona.

Për zhvillimin e një mjekimi është e nevojshme që të mund të komunikoni me dentistin. Një dentist duhet t' ju shtrojë pyetje - për shembull se ku i keni dhimbjet saktësisht, sa kohë i keni dhimbjet apo nëse ju keni një ndjenjë presioni. Përgjigjet tuaja janë të rëndësishme për të konstatuar nga cila sëmundje vuani dhe cili trajtim është i përshtatshëm.

Dentisti duhet t' ju sqarojë mbi këtë mjekim dhe për rreziqet e mundshme të mjekimit. Prandaj është e rëndësishme që ju të jeni në gjendje të tregoni nëse ju, për shembull, keni alergji kundër medikamenteve të veçanta ose ka sëmundje si p.sh. HIV ose hepatit C ose një shtatzëni. Nëse dentisti do t' ju mjekonte pa i marrë këto informacione ose pa ju informuar, ai mund të bëhet i dënueshëm dhe para se gjithash ai mund të rrezikonte edhe shëndetin tuaj.

Pra, nëse ju vet nuk flisni gjermanisht, sillni me vete në mjekim një person që mund të komunikojë me dentistin. Ky person nuk duhet të jetë një përkthyes i kualifikuar, por duhet të flasë dhe të kuptojë gjermanisht në mënyrë mjaftueshme.

Për mjekimin silleni me vete, ju lutemi, fletën e plotësuar për mbledhjen e të dhënave të pacientëve që është e bashkëngjitur.

Ju lutemi, silleni me vete edhe dëshminë tuaj për identitetin si dhe kupon për trajtimin e pacientit. Për informacione mbi fletën për kuponin për trajtimin e pacientit flisni, ju lutemi, me zyrën përgjegjëse të komunës (shpesh është zyrë sociale) ose me drejtorinë e institucionit, ku jeni strehuar momentalisht.

Ne do të kujdesemi për ju sa më mirë të jetë e mundur!

Dentistët tuaj në Westfalen-Lipe

Udhëzim

Ju lutem keni parasysh se rimbursimi i kostove për shërbimet e domosdoshme të mjekimit dentar – duke përfshirë edhe përkujdesjen me ilaçe dhe materialeve lidhëse si edhe të tjerave për shërim, për përmirësimin apo për lehtësimin e sëmundjeve apo pasojave të sëmundjeve – ju jepet vetëm për “mjekimin akut të sëmundjeve dhe gjendjeve të dhimbjeve”. Një rimbursim i kostove për proteza dhëmbësh kryhet vetëm në masën kur mjekimi në raste të veçanta për arsye mjeksore nuk mund të shtyhet dhe ekziston një plan i miratuar shërimi dhe kostosh nga zyrat kompetente. (§ 4 par. 1 Ligji për pagesat e azilantëve)

3. (englisch)

Dear patients,

We dentists are pleased to provide you with examination and treatment. We welcome you to our practices.

In order to conduct treatment, you have to be able to communicate verbally with the dentist. A dentist has to ask you questions such as where the pain is exactly, how long the pain has been there or whether you feel pressure. Your answers are important to determine the problem and what type of treatment is appropriate for you.

The dentist has to inform you of this treatment and potential risks associated with the treatment. Therefore it is important that you can communicate whether, for example, you have any drug allergies or diseases such as HIV or hepatitis C, or whether you are pregnant. If the dentist treats you without having obtained this information or without providing you with the required information, they could incriminate themselves and, most importantly, they could put your health at risk.

If you do not speak German, please bring someone with you to the appointment, with whom the dentist can communicate. This person does not have to be a trained interpreter, but should be able to communicate and understand German sufficiently.

Please complete the attached patient questionnaire and bring it with you to your appointment.

Please also bring proof of your identity and a treatment voucher (Krankenbehandlungsschein) with you. For further information about treatment vouchers, please contact the responsible municipal department (often the social services department) or the management of the institution, in which you are currently living.

We will provide you with the very best care possible!

Your dentists in Westfalen-Lippe

Note

Please be aware of the fact that costs for dental treatment including any medications, bandaging material or other services required for convalescence, recovery or alleviation of illnesses or the residual effects of illnesses will only be reimbursed for "treatment of acute illnesses and pain". The costs for dental prostheses are reimbursed if urgently necessary for medical reasons and the treatment plan and cost estimate have been approved by the responsible authorities. (§ 4 Section 1 of the German Asylum Seekers' Benefit Act)

4. (français)

Chers patients,

Nous, dentistes, sommes volontiers à votre disposition pour vous examiner et vous soigner. Vous êtes les bienvenus dans nos cabinets dentaires.

Pour les soins que nous prodiguons, il est essentiel que vous et votre dentiste parlent la même langue. Un dentiste a des questions à vous poser – par exemple pour savoir exactement où et depuis combien de temps vous ressentez des douleurs et si vous éprouvez une sensation de pression. Vos réponses sont importantes pour déterminer le type d'affection dont vous souffrez et les soins appropriés pour y remédier.

Le dentiste doit vous informer à propos de ces soins et sur les risques qu'ils peuvent éventuellement représenter. Il est par conséquent essentiel que vous puissiez lui indiquer si vous êtes sujet par exemple à des allergies à certains médicaments ou si vous souffrez de VIH ou d'hépatite C, ou encore si vous êtes enceinte. Un dentiste qui vous soignerait sans avoir obtenu ces informations ou sans vous informer pourrait se rendre coupable d'un délit et s'exposer à des sanctions pénales et également, surtout, menacer votre santé.

Si donc vous ne parlez pas l'allemand, veuillez vous faire accompagner par quelqu'un qui soit capable de communiquer avec le dentiste. Il n'est pas nécessaire que cette personne soit un interprète professionnel; il lui suffit de parler et de comprendre suffisamment bien la langue allemande.

Pour le traitement, veuillez apporter avec vous la fiche de renseignements sur le patient en annexe, dûment remplie.

Munissez-vous aussi d'un document prouvant votre identité et également d'un certificat de traitement médical. Pour plus amples informations sur le certificat de traitement médical, veuillez vous adresser à l'office communal compétent (en général le bureau d'aide sociale) ou à la direction de l'organisme où vous êtes actuellement hébergé.

Nous vous soignerons le mieux possible!

Vos dentistes de Westphalie-Lippe

Remarque

Veillez noter que la prise en charge des coûts de consultation dentaire - y compris la prescription de médicaments et de pansements, au même titre que toutes les prestations visant à la guérison, à l'amélioration ou au soulagement de maladies ou de conséquences de maladies - n'est assurée que pour le «traitement de maladies et états aigus». Une prise en charge des coûts de prothèses dentaire n'a lieu que si la prescription de soins médicaux ne peut pas être repoussée, au cas par cas et pour des raisons médicales, et seulement sur présentation d'un devis personnalisé approuvé par l'office compétent. (§ 4 alin. 1 Loi sur le travail des requérants d'asile).

5. (kroatisch)

Poštovani pacijenti,

nama zubarima zadovoljstvo je pregledati Vas i liječiti. Srdačno ste dobrodošli u naše ordinacije.

Kod liječenja zuba potrebno je da se možete sporazumjeti sa zubarom. Zubar Vam mora postaviti pitanja: gdje Vas točno boli, koliko dugo se javlja bol i osjećate li pritisak na tom mjestu. Vaši odgovori su bitni kako bi zubar ustanovio o kojem oboljenju se radi i koji način liječenja je za Vas najprikladniji.

Sa zubarem morate razgovarati o tom načinu liječenja i mogućim rizicima. Stoga je važno da možete obavijestiti zubara, naprimjer, jeste li alergični na određene lijekove ili imate bolesti kao što su HIV ili hepatitis C ili ste trudni. Ako bi Vas zubar liječio bez saznanja tih informacija ili bez da Vam objasni sve što je potrebno, mogao bi biti kažnjen i što je najgore mogao bi ugroziti Vaše zdravlje.

Ako sami ne pričate njemački, na termin kod zubara povedite osobu koja se može sporazumjeti sa zubarem. Ta osoba ne mora biti profesionalni prevoditelj no mora u dovoljnoj mjeri pričati i razumjeti njemački.

Kod zubara ponesite popunjeni priloženi Anketni obrazac za pacijenta.

Također ponesite osobnu iskaznicu i potvrdu o liječenju. Za informacije o potvrdi o liječenju obratite se općinskom uredu (obično je to zavod za socijalno osiguranje) ili rukovodstvu ustanove u kojoj ste trenutno smješteni.

Pružiti ćemo Vam najbolje usluge!

Vaši zubari u pokrajini Westfalen-Lippe

Napomena

Imajte na umu da su troškovi dentalnog liječenja, uključujući lijekove i zavoje te druge usluge potrebne za liječenje, ozdravljenje ili ublažavanje bolesti ili posljedice oboljenja, zajamčeni samo kod "liječenja akutnih oboljenja i uklanjanja boli". Podmirenje troškova zamjene zuba obavlja se samo ako se usluga u pojedinom slučaju iz medicinskih razloga ne može odgoditi i ako se moraju slijediti plan liječenja i troškovnik koji je odredila nadležna institucija (čl. 4, odl. 1 njemačkog Zakona o pružanju medicinskih usluga tražiteljima azila).

Nexweşên xweşewîst,

Em Textorên dirana bi dilxweşî amadene li nexweşiyên we bikolin (fehis bikin) û çareser bikin. Win gelekî bixêrbên nexweşxaneyên me.

Jibo çareseriya nexweşiyê pêwiste têgehiştina ziman û axaftin bi Textorê diran re baş bê. Her Textorêkî dirana wê pirsan ji we bikê: weke nemûne – cihê êşê li kuderê ye, êşa te ji kenkî ve destpêkiriye, yanî ti hest bi fişarê (zextê) li ser diran dikê yan na? Bersivên we gelekî giringin, da ku Textor bizanibin çî nexweşiyên we hene û çareserî û derman destnîşan bikê.

Li ser şêwazên (rê yên) çareseriyê û metirsiyên, ku dibe di berhema wê de derkevin, pêwiste her Textorek ji we re şirove (eşkere) bikê. Jiber wê gelekî giringe, ku win bikaribin jê re bêjin: weke nemûne – narehetya (hesasiyet) we beramber çî dermanan, yanî hin nexweşiyên taybet weku HIV (AIDS), yanî zerika reş (Hippatit C), yanî ducanî (hemil) heye yan na? Her Textorêkî, ku we çareser bike û wan agehdariyan (informasion) ji we ne pirse û şirove neke, xwe dixê jêr tawanbariyê (siza, ceza) û jiblî wê tendrustiya we jî dikeve jêr metirsiyê (tehlûkê) de.

Heger win bixwe zimanê elemanî nizanibin, kesekî (mirovêkî), ku ziman dizane û bikaribe bi Textor re biaxive bi xwe re bênin. Ne merce (ne şerte), ku ew mirov wergêrekî (Tercûman) fermî (resmî) be, lê belê pêwiste ku bizanibe bi elemanî biaxive û têbighêje.

Jibo çareseriya nexweşiyê (îlacê), ji kerema xwe kaxeza pirs û bersivan a jibo Nexweşan pîrr bikin û bi xwe re bênin.

Herweha, ji kerema xwe nasnama xwe ya kesayetî (nifûs) û kaxeza (nama) razîbûna çareseriya nexweşiyê bi xwe re bênin. Jibo bidestxistina kaxeza (nama) razîbûna çareseriya nexweşiyê, ji kerema xwe bi cihê/daîreya alîkariya civakî re/berpirsyar ya bajarrokê (pîrr caran ev Daîra Sosyalê ye), yanî bi rêvebirên cihê, ku win di dema hazir de lê dijîn bi axivin (bixwazin).

Emê bi baştrîn şêwaz xizmeta we bikin!

Textorên we yên dirana li Westfalen-Lippe

Hişyarî

Ji kerema xwe re ber van rewşan baldar bin; divê bi tenê nexweşiyên akût û rewşên êş kişandinê de ev mesref ên ku, ji bo tedawiyên dirana bi tev de derman û alavên pêçandinê, her wiha ji bo şifa dîtinê û ji bo baş bûnê an jî ji bo sivikkirina nexweşiyê an jî ji bo kirariyên pêwîst en ku ji bo xilaskirina tesîrên nexweşiyê, yê binê dayîn.

Divê mesrefên ji bo ji nû ve çêkirina diranekî yên bîn dayin, eger li ber sedemên tibî ve ev hewandin nikarêbe bê paşde xistin û eger plana mesref-silametiye ya ku li daîreya berpirsyar hatiye wergirtin hebe. (§ 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz)

نهخووشی خوشهویست

لای پزیشی دانۆ دلاخۆشده و نهخووشی کانتانۆ و هارهه چارسه ریبانۆن. زۆرۆ کارۆنۆ ی لای.

ۆ چارسه رکردنۆ خوشی پلویستۆ زانیف wafk wafk نایا دهکاتۆ لای ی تۆن ل پزیشی دان، لۆ ر نۆهی پزیه & پرسپارتان لادهکاتۆ کۆ وۆ - کۆات لای)، ل ک پوه نازارت هی یا خود (کار ل سر دانت هی یان نا؟ وه ک کانتان زۆر \$ رید "ۆ نۆهی پزیه & چارسه ری راست و دهکات \$ وو، پوتان ۆ دا.

نۆ پزیه & نۆهی ک ل وازی چارسه رکردنۆ لوه روونۆ ات وه و هارهه نۆ ک ترسیبانی ک رمد " ل نۆ دا روونۆ دن.

لۆ ر نۆه زۆر \$ رید " ک لاونۆ توانۆ پزیه & روونۆ نۆه: وهک ک وو نۆ ه ستیاریان (ساسیبت ۆ ۆ ۆ چ دهکات & هی یان نایا هی 1 نۆ خوشی نۆ تان وهکوو نۆ دیس () ، زهردوو و (هاپاتیس) هی یا خود دوو \$ یانۆ ؟ (نۆ پزیه) ؟

ه ر پزیه & ک چارسه ری نۆ خوشیان دهکات پلویستۆ نۆم پرسپارتان لۆات و هارهه زانیاری پلویستۆ ل سرۆاری نۆ دروستیان هۆات ، نۆ ر نا خۆی ۆ ۆ ۆ یاسا تاوۆ ار دهکات . " ل و هوش ک ترسه ل سرۆاری نۆ دروستی لوهش هی .

نۆ ر خۆتان wafk wafk نازان، ک سلا & ک wafk wafk دهزان (ل خۆتانۆن ک توانای وه ر افانۆ پزیه & هۆات .

ک رج نیی نۆ ک سه وه رۆری (ۆ ۆ ۆ + م زۆر \$ رید " توانای سه کردن و لای ی تۆن wafk wafk هۆات. ۆ چارسه رکردنۆ خوشی کانتان لای ک 9 زی پرسپار وه + م پرک نۆه و ل خۆتانۆن. هارهه لای ناسنۆی ک سایه خۆتان و نۆی رازۆ وو ل سر چارسه ری نۆ خوشی ک ل خۆتۆن .

ۆ وهدهست هاناف نۆی رازۆ وو ل سر چارسه ری نۆ خوشی لای پلویستۆ ۆ لۆ و لای یار ک نیدانۆ کۆ + یه (سۆسیال نۆت) یان ده \$ لۆ لۆ ری شو لای نی نۆ وونۆت " رن. لای نۆ ادلانۆ لۆ اشترین شلاواز خنۆ تانۆن .

دهستۆی پزیه wafk دان ل ناوچۆی ولاست؛الن - لپیه) .

لۆ اداری
لای لۆ اداری ک خ ر w چارسه رکردنۆ خوشی دان ۆ ه ک و ک سره w داو ده کان و ه رچ تر ک پلویستۆ ۆ چۆ وو نۆه ل نۆ خوشی و لۆ اشتر کردنۆاری نۆ دروستی و ک ک ردنۆ ژان و نازار - نۆ ل . لای w چارسه رکردنۆ خوشی سخت و . لای نۆ نۆهیز ده رید نۆ ستوو ک سره w داندان نۆ ل . لای لا & ده رات نۆ رۆات ل . لای w تاکدا ل رووی پزیه لای وه زۆر پلویستۆات و ل ه ک ان کاتدا ل ی ن (ک انۆی پ یومسه وه نۆ لۆ ؟ و خ ر @w ؟ ، ک ک رمن ک نۆی ل سر ک رۆات ۆ ر دهستۆات . لای w کادهی 4 ل یاسای پۆ ران)

8. (kurdisch-zaza)

Nêwesê delali,

ma saba muayene u tedawiê/derman kerdena sima hazirimê.

Sima muayenexane ma rê xêr amê!

Saba tedawiê sima gereke Doxtorê didanu de hete zon ra bîşikie ke qesei bikerê u fam bikerê. Doxtorê didanu mecburo ke sima ra tae çî pers bikero. Mesela didanê sima tam kot deceno, caê deci kotio, çî wexto ke didanê sima deceno ya ki sima basqi his kenê? Cûabê sima muhimê, çike cûabunê sima ser ma sene nêweşie u sene tedavi minasibo tesbit kenmê.

Doxtorê didanu mecburo ke sima ni nêweşiu ser u muxtemel risku ser sima ebe malumatu roşt kero. Çok ra muhimo ke sima gereke eke estê nêweşia xo ra, mesela vera dermonunêne esta, alergiê sima esto ya ki çîno, ya ki mesela jê HIV ya ki Hepatitis C nêweşia sima esta ya ki çîna, ya ki sima digonê ya ki niê.

Doxtorê didanu eke bêni malumatuna sima ya ki sima bêzandar tedavi kerd qabat keno u her çî ra ravêr weşia u sihaxtia sima keno texlika.

Sima eke ebe xu Alamanki nêzanenê eke amai tedavi ju zonê Alamanki zanedario ke Doxtor yi fam keno xo de tey biarê.

Sima ke amai tedavi keremê xo ra '**Kaxita haqa şaxis de malumat quretene**'a ke kerda pîrr u lewe xo de ra tey biarê.

Keremê xo ra ju ki '**Kaxita Nasname**'ê yane defterê nûfuse ya ki pasaporte u '**Tedawi rê Kağita Nêweşie**' xo de tey biarê.

Saba malumatê 'Tedawi rê Kağita Nêweşie' cao ke sima tey manenê uca de mamurieta dewe/qeza/suke (Na mamuriete jede 'Mamurieta Soçial' nas bena) ya ki serokê qisimê na mamuriete de qesei bikerê.

Mı en rınd qaitê sima benmê!

Westfalen-Lippe de Doxtorê Didanê sima

Temei

Keremê xo ra haydır bîbê ke masrafê ke tedawiê didanu ra vêcinê – Dermani, çîê pîlosne pîroi hem ki wes u rınd biayenerê ya ki nêweşiu u nêweşie ra têpia tedavi karê ke zobina luzım kenê ninu de say benê – tek teyna „nêweşia akut/desinde/tau de u halê dec de“ temin benê. Masrafê protezê didanu sade tek tek halde eke sebebê tîb ra lerze keno ya ki teyir nêbeno u maqamê mesul ra plana wes kerdene u masrafi esta sigorta nêweşie dana.

(Qanunê § 4, bend 1 Qanunê icraê multeciê taleb kerdoxu)

9. (mazedonisch)

Драги пациенти,

ние заболелкарите сме подготвени, со задоволство да Ве прегледаме и лекуваме. Вие сте добредојдени во нашите ординации.

За спроведување на лекувањето потребно е да можете јазично да се разберете со заболелкарот. Заболелкарот мора да има можност да Ви поставува прашања – на пример каде точно имате болки, колку долго веќе ги имате болките или пак дали чувствувате притисок. Вашите одговори се важни за да може да се одреди за какво заболување станува збор и каков вид на лекување би одговарал за Вас.

Во врска со таквото лекување, а и за можните ризици од лекувањето, заболелкарот мора да може да Ве информира. Затоа е важно да можете да соопштите, дали на пример постојат алергии против одредени лекови или заболувања како ХИВ или Хепатитис Ц или дали постои бременост. Доколку заболелкарот би Ве лекувал без да ги има примено овие информации, или без да Ве информира за ова, во тој случај тој би можел да биде казнет, но пред сè, да Ви го загрози здравјето.

Доколку не зборувате германски, на терминот понесете со Вас некој кој би можел да се разбере со заболелкарот. Тоа не мора да биде професионален преведувач, но мора да биде некој, кој во доволна мерка зборува и разбира германски.

На лекувањето понесете го пополнетиот приложен Формулар за податоци за пациентот.

Покрај тоа понесете го и Вашиот доказ за идентитет како и потврда за болничко лекување. За информации во врска со потврдата за болничко лекување обратете се до надлежната служба или општина (честопати центарот за социјални работи) или до раководството на установата, во којашто сте во моментов сместени.

Ќе се погрижиме за Вас што е можно подобро!

Вашите заболелкари во Вестфален-Липе

Упатство

Ве молиме имајте предвид дека преземање трошоци за заболелкарски третмани, вклучувајќи го снабдувањето со лекаства и завои, како и други услуги неопходни за заздравување, оздравување или за ублажување болести или последици од нив, се доделува само за „третман на акутни болести и состојби на болки“. Преземање трошоци за замена на заб се врши само доколку тоа во конкретниот случај не може да се одложи од медицински причини и доколку постои план за лекување и трошоци што е одобрен од службата (§ 4, став 1 од Законот за услуги на апликанти за азил (Asylbewerberleistungsgesetz)).

10. (montenegrisch)

Poštovani pacijenti,

nama zubarima je zadovoljstvo pregledati Vas i liječiti. Srdačno dobrodošli u naše ordinacije!

Kod liječenja zuba potrebno je da se možete sporazumjeti sa zubarom. Zubar Vam mora postaviti pitanja – naprimjer gdje Vas tačno boli, koliko dugo se javlja bol i da li osjećate pritisak na tom mjestu. Vaši odgovori su važni da bi zubar ustanovio o kom oboljenju se radi i koji metod liječenja je za Vas najprikladniji.

Sa zubarem morate razgovarati o tom načinu liječenja i potencijalnim rizicima. Stoga je važno da možete obavijestiti zubara, naprimjer, da li ste alergični na određene medikamente ili da li imate bolesti kao što su HIV ili hepatitis C ili ste trudni. Ako bi Vas zubar liječio bez znanja tih informacija ili bez da Vam objasni sve što je potrebno, mogao bi biti kažnjen i, šta je najgore, mogao bi ugroziti Vaše zdravlje.

Ako ne pričate njemački, na termin kod zubara povedite osobu koja se može sporazumjeti sa zubarem. Ta osoba ne mora biti profesionalni prevoditelj, ali mora u dovoljnoj mjeri pričati i razumjeti njemački.

Kod zubara ponesite popunjen priloženi Formular za podatke o pacijentu.

Takođe ponesite ličnu kartu i sertifikat o liječenju. Za informacije o potvrdi o liječenju obratite se lokalnom uredu (u pravilu je to zavod za socijalno osiguranje) ili rukovodstvu institucije u kojoj ste trenutno smješteni.

Rado ćemo Vam pružiti najbolje liječenje!

Vaši zubari u pokrajini Westfalen-Lippe

Napomena

Imajte na umu da su troškovi zubarskog liječenja, uključujući medikamente, zavoje i druge usluge potrebne za liječenje, ozdravljenje ili ublažavanje bolesti ili njenih posljedica, zagarantovani samo kod "liječenja akutnih bolesti i suzbijanja boli". Podmirenje troškova zamjene zuba obavlja se samo ako se usluga u individualnom slučaju iz medicinskih razloga ne može odgoditi i ako se moraju slijediti plan liječenja i troškovnik koji je odredila nadležna institucija (čl. 4, odl. 1 njemačkog Zakona o pružanju zdravstvenih usluga tražiocima azila).

Mangle Pazientija,

amen o Dandengere Doktorija mangaja te Pregledina tumen hem te Lecina tumen. Amen prifatinaja tumen Shukaripaja.

Da te shaj te Lecina tumen potrebno i te shaj te halowen tumen e Dandengere Doktoenzar. O Doktor i mora te Pucel tumen - sar primer kote tacno isi timen Duk eli dali osetinena Pritisak. Tumaro Odgowor i but wazno te shaj te dodjanel pe kowa bolest isi tumen taj kowa pomoc i tumenge potrebno.

Kotar o Lecejne hem kotar o mogucno Risiko ko lecejne mora o Dandengoro Doktor i te informirinel tumen. Adalese i but wazno te shaj te wakere primer dali isi tut nesawi Alergija protiv nesawe Hapija ili Bolestija sar o HIV(Sida) ili Zutica (Hepatitis C) ili dali inan Kamni. Ako bi e dandengoro Doktor i Lecini tumen bez te dobini akala informazije eli bez te wakere tumenzar tare akala buka shaj te kerel pese te owel Sudimo Zakonski hem shaj tumaro sastipe te owel ko Opasnost.

Znaci ako tumen na halowena Germanski te keren lafi, anen nekas tumenzar ko Lecejne kowa shaj o Doktor i leja te halowel pe.

Adawa Manush ne mora te owel Skoluime Tumaci, dowolno i te halowel hem te djanel te kerel lafi Germanski.

Ko Lecejne anen tumenzar o Potpunime Lil Pucibe ko Pazienti.

Molinaja tumen anen isto tumare Dokumentija za identifikazija hem jek Krankenbehandlungsschein tumenzar.

Aso Informazije taro Krankenbehandlungsschein pucen ko Sozialno eli ko Wodici kote inen akana smestime.

Amen ka kera sa so shaj amedar!

Tumare Dandengere Doktorija ko Westfalen-Lippe

Zapazinen

Owen opozorime da o Dandengoro lecibasoro Trosko aso Lecejne hem sastaribe isto agahare o Hapija hem Zawojia hem sa awer soj i portebno sastaribase taj smiribase taro o Naswalipe eli pa sa soj potrebno palo pregled „samo ko Hitno slucaji ka owen prifatime“. O Troskija aso Danda(westacka) ka owen prifatime samo ako kotar i Medizinsko strana nasti te odbinelp(Moralno) hem samo ako slozinelape i odgoworno Opstina palo (§4 tocka, 1 Asylantsko zakoni). Znaci samo ako isitumen odobrenje(Porwda) deka ka prifatinenpe o Troskija.

Dragi pacijenti,

Mi stomatolozi smo rado spremni da Vas pregledamo i pružimo Vam tretman. Srdačno ste dobrodošli u naše ordinacije.

Da bismo sproveli tretman potrebno je da se jezički možete sporazumeti sa stomatologom. Stomatolog Vam mora postaviti pitanje – na primer gde se tačno bol nalazi, koliko dugo imate bolove ili da li imate osećaj pritiska. Vaši odgovori su važni da bi se ustanovilo o kom se oboljenju radi i koji bi Vam tretman najviše odgovarao.

Stomatolog mora da Vam objasni u čemu se sastoji tretman i da Vam ukaže na njegove moguće rizike. Zato je važno da možete da saopštite da li ste, na primer, alergični na određene medikamente ili da li patite od bolesti tipa HIV-a ili hepatitisa C ili ste trudni. Ako bi Vam stomatolog pružio tretman, a da nije dobio ovakve informacije ili da Vam ih nije objasnio, mogao bi krivično da odgovara i pre svega da Vam ugrozi zdravlje.

Ako Vi sami ne govorite nemački, molimo da povedete sa sobom osobu koja se može sporazumeti sa stomatologom. Ova osoba ne mora biti stručni tumač, ali mora da nemački jezik govori i razume u dovoljnoj meri.

Za tretman molimo da ponesete sa sobom ispunjeni prateći upitnik za pacijente.

Molimo da ponesete i Vašu ličnu kartu, kao i potvrdu o medicinskom tretmanu bolesnika. Za informacije o potvrdi o medicinskom tretmanu bolesnika razgovarajte sa nadležnom službom u opštini (to je često socijalno osiguranje) ili sa direkcijom Ustanove gde ste trenutno smešteni.

Brinućemo o Vama što bolje možemo!

Vaši stomatolozi u Vestfalen-Lipe

Uputstvo

Molimo Vas da obratite pažnju na to da se preuzimanje troškova za tretman kod zubara – uključujući lekove i zavojni materijal kao i ostale usluge koje su neophodne za ozdravljenje, za poboljšanje ili ublažavanje oboljenja ili posledica bolesti - odobrava samo u slučaju „tretmana akutnih oboljenja i stanja sa jakim bolovima“. Troškovi za zubne proteze preuzimaju se samo u onom slučaju, ako tretman u individualnom slučaju iz medicinskih razloga nije moguće odložiti i ako od nadležne službe postoje plan za lečenje i troškovnik (tzv. *Heil-und Kostenplan*) (član 4. stav 1. Zakona o pružanju usluga licima koja su postavila zahtev da budu priznata kao azilanti - *Asylbewerberleistungsgesetz*).

14. (türkisch)

Sayın Hastalar,

Biz diş hekimleri, sizi memnuniyetle muayene ve tedavi etmeye hazırız. Muayenehanelerimize candan hoş geldiniz.

Tedavinin yapılması için dil bakımından diş hekimi ile anlaşabilmeniz gerekmektedir. Diş hekiminin size sorular sorması gerekiyor – örneğin, ağrılarınızın tam nerede olduğu, ağrıların ne zamandan beri mevcut olduğu veya bir bası hissi fark ediyor olup olmamanız. Cevaplarınız, hangi hastalıkların mevcut olduğunu ve hangi tedavinin sizin için uygun olduğunu tespit etmek için önemlidir.

Bu tedavi ve tedavinin olası riskleri hakkında diş hekiminizin sizi bilgilendirmesi gerekiyor. Bu nedenle, örneğin belirli ilaçlara karşı alerjilerin mevcut olup olmadığını veya HIV veya hepatit C gibi hastalıkların veya bir hamileliğin mevcut olup olmadığını bildirebilmeniz çok önemlidir. Diş hekiminin bu bilgileri almadan veya sizi bilgilendirmeden sizi tedavi etmesi durumunda diş hekimi suç işlemiş olur ve özellikle de sizin sağlığınızı tehlikeye atmış olur.

Eğer kendiniz Almanca konuşmıyorsanız, lütfen tedaviye diş hekimiyle konuşabilecek bir kişiyle birlikte geliniz. Bu kişinin eğitimli bir tercüman olmasına gerek yoktur, ancak yeterli derecede Almanca konuşması ve anlaması gerekmektedir.

Tedaviye gelirken lütfen ekte bulunan doldurulmuş hasta soru formunu birlikte getiriniz.

Lütfen ayrıca kimliğinizi ve de bir hasta tedavi belgesini birlikte getiriniz. Hasta tedavi belgesine ilişkin bilgi için lütfen belediyenin yetkili dairesine (çoğunlukla Sosyal Daire) veya şu an yerleştirildiğiniz kuruluşun idaresine başvurunuz.

Size mümkün olan en iyi bakımı sağlayacağız!

Vestfalya Lippe'deki diş hekimleriniz

Bilgi

Lütfen diş tedavileri için masrafların, ilaç ve sargı maddelerinin sağlanması ve de sağlığa kavuşmak, hastalıkların ve hastalık sonuçlarının iyileşmesi veya hafifletilmesi için diğer gerekli yardımlar dahil olmak üzere, yalnızca "akut hastalıkların ve ağrı durumlarının tedavisi" için üstlenildiğini dikkate alınız. Diş protezi için masraflar yalnızca istisnai durumlarda tıbbi nedenlerden dolayı tedavinin ertelenmesi mümkün olmadığı ve yetkili daire tarafından onaylanmış bir tedavi ve maliyet planı mevcut olması durumunda üstlenilmektedir. (Mülteciler için Yardım Kanunu md. 4, fıkra 1)

Hurmatli bemorlar,

biz shifokorlar Sizlarni muolaja qilib davolash uchun bajonidil hozirmiz. Siz bizning shifoxonalarga doimo xush kelasiz.

Davolash jarayonida Siz tish doktori bilan qiynalmasdan, bemalol gaplasha va bir biringizni to'liq tushuna olishingiz lozim. Tish doktori Sizga savollar berishi kerak. Masalan, u og'riqlar aynan qayerdaligini, og'riqlar qancha vaqtdan beri borligini yoki Siz biror joyingizda bosim his qilayotganingizni so'raydi. Sizning javoblaringiz kasallik turini va qanday muolaja kerakligini aniqlash uchun zarurdir.

Ushbu muolajani va davolash paytida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan xavf-xatarlarni tish doktori Sizga tushuntirib berishi kerak. Shuning uchun Sizda ma'lum dorilarga qarshi allergiyalar bor yoki yo'qligini, OIV infeksiyasi yoki gepatit C kabi kasalliklar borligini yoki homilador ekanligingizni doktorga ma'lum qila olishingiz juda muhimdir. Agar tish doktori ushbu ma'lumotlarni olmasdan yoki Sizga tushuntirish bermasdan Sizni davolasa, u qoqunga xilof ish tutgan bo'ladi va eng avvalo Sizning sog'ligingizni xatarga qo'ygan bo'ladi.

Agar Siz o'zingiz nemis tilida so'zlasha olmasangiz, muolaja paytida tish doktori bilan nemis tilida yaxshi gaplasha oladigan odamni o'zingiz bilan birga olib keling. Bu odam professional tarjimon bo'lishi shart emas. U nemis tilini yetarlicha tushunib so'zlasholsa bas.

Ilova qilingan “Bemor so'rovnomasi”ni qabul kuni to'ldirib, o'zingiz bilan birga olib keling.

Shuningdek, shaxsingizni tasdiqlovchi hujjatni [masalan, pasportingizni] va „Bemorlarni davolash hujjati“ [Krankenbehandlungsschein]ni ham o'zingiz bilan birga olib keling. „Bemorlarni davolash hujjati“ borasida ma'lumotlarni olish uchun yashash joyingizdagi mutasaddi idoraga (ko'p hollarda bu Ijtimoiy ishlar idorasi [Sozialamt] bo'ladi) yoki Siz hozirda yashayotgan muassasaning [uyning] xodimlariga murojaat qiling.

Biz Sizni qo'limizdan kelganicha yaxshi muolaja qilamiz!

Sizning Westfalen-Lippedagi tish doktorlaringiz

Eslatma

E'tibor bering, tish doktori muolajasi uchun harajatlar faqat juda og'ir kasallik va o'tkir og'riqlar bo'lgan holdagina qoplanadi. Ushbu muolajalar ro'yxatiga kiradigan xizmat turlari quyidagilar: bemorga dori-darmon va bint vositalarini berish hamda uni sog'aytirish, sog'ligini yaxshilash, kasallikni yoki kasallik oqibatlarini yengillashtirish. Yangi tish qo'yish uchun chiqimlarni qoplash faqatgina ma'lum bir holatlarda, tibbiy sabablarga ko'ra kechroqqa ko'chirish imkoni bo'lmagandagina amalga oshiriladi. Shuningdek, buning uchun mutasaddi idora tomonidan „Davolash va harajatlar rejasi“ [Heil- und Kostenplan] ko'rinishida ruxsat bo'lishi shart. („Boshpana olish uchun hujjat topshirgan shaxslarga ko'mak ko'rsatish haqida qonun“ [Asylbewerberleistungsgesetz]ning 4-modda, 1-abzatsi)

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

- Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
 Unterkiefer rechts links vorne hinten
- Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage
- Wie stark sind Ihre Schmerzen? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (1= schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)
- Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen
- Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein
- Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Haben Sie die Medikamente dabei? ja nein

Schmerztabletten? ja nein

Antibiotika? ja nein

Blutverdünner? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, welche: _____

Notwendige Maßnahmen

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- Anfertigung einer Röntgenaufnahme
- Zahn muss gezogen werden
- Zahn benötigt eine Füllung
- Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung
- Betäubungsspritze für den Zahn
- Abszess muss aufgeschnitten werden

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

Unterschrift Patient: _____



Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.

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

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

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

Hinweise:

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

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

Praxisstempel

1. (albanisch)

Pyetësor për mjekimin urgjent në rast të barrierave gjuhësore

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Data:

Datum:

Pacienti (mbiemri, emri):

Patient (Name, Vorname):

Datëlindja:

Geburtsdatum:

Ju lutemi, përgjigjuni ju pyetjeve të mëposhtme:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Ku keni dhimbje?

Wo haben Sie Schmerzen?

Nofull e sipërme
Oberkiefer

djathtas
rechts

majtas
links

përpara
vorne

prapa
hinten

Nofull e poshtme
Unterkiefer

djathtas
rechts

majtas
links

përpara
vorne

prapa
hinten

Sa ditë i keni ju këto dhimbje?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 ditë
1 Tag

2 ditë
2 Tage

3 ditë
3 Tage

më shumë se 3 ditë
mehr als 3 Tage

Sa të forta janë dhimbjet tuaja?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1 = dobët, 10 = nuk durohen më) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Përshkruajeni dhimbjen:

Beschreiben Sie den Schmerz:

e shurdhër
dumpf

shpuese
stechend

rrahëse
klopfend

përkohshme
zeitweise

pa pushim
ununterbrochen

A keni ju një „faqe të ënjtur“ (abces, mbledhje e qelbit)?

Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

po
ja

jo
nein

Që kur keni ju një „faqe të ënjtur“?

Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

1 ditë
1 Tag

2 ditë
2 Tage

3 ditë
3 Tage

më shumë se 3 ditë
mehr als 3 Tage

A merrni medikamente?

Nehmen Sie Medikamente?

po
ja

jo
nein

A i keni medikamentet me vete?

Haben Sie Medikamente dabei?

po
ja

jo
nein

Tableta kundër dhimbjeve?

Schmerztabletten?

po
ja

jo
nein

Nëse po, cilat:

Wenn ja, welche:

Antibiotikë?

Antibiotika?

po
ja

jo
nein

Nëse po, cilat:

Wenn ja, welche:

Hollues gjaku?

Blutverdünner?

po
ja

jo
nein

Nëse po, cilat:

Wenn ja, welche:

Masa të nevojshme

Notwendige Maßnahmen

Udhëzimet e mëposhtme duhet të plotësohen nga dentisti:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Unë dua të kryej këto masa tek ju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Bërja e një radiografie
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Duhet të hiqet një dhëmb
Zahn muss gezogen werden

Dhëmbi ka nevojë për një mbushje
Zahn benötigt eine Füllung

Dhëmi ka nevojë për kurimin e rrënjës
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Gjilpërë mpirreje për dhëmbin
Betäubungsspritze für den Zahn

Abcesi duhet të hapet me prerje
Abszess muss aufgeschnitten werden

Unë nuk kam pyetje të tjera ndaj dentistit dhe jam dakord me masat ku është vënë një kryq.
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

po jo
ja nein

Nënshkrimi i pacientit: _____
Unterschrift Patient



Një termin tjetër për mjekim/ kontroll është i nevojshëm.
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ju lutemi, ejani përsëri më dt. _____ në orën _____ në ordinancë.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Udhëzim për kirurgun oral dhe maksillofacial për mjekimin e mëtejshëm
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Ka nevojë për një mjekim të mëtejshëm, shpenzimet e të cilit nuk mund të merren përsipër sipas Ligjit mbi përfitimet e azilkërkuesve.
Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Udhëzime:
Hinweis:

Ju lutemi, sillni për terminin e ardhshëm një person me vete që e di gjuhën.
Nëse nuk e keni paraqitur, silleni me vete kuponin për trajtimin e pacientit.
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Vula e ordinancës
Praxisstempel

2. (arabisch)

استمارة حصر بيانات عن المريض لغرض العلاج الطبي كحالة طارئة في حالة عدم المقدرة على التفاهم اللغوي Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

تاريخ:

Datum: _____

المريض (الاسم والعنوان):

Patient (Name, Vorname): _____

تاريخ الولادة:

Geburtsdatum: _____

يرجى الرد على الاسئلة التالية:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

أين تشعر الألم؟ Oberkiefer الفك العلوي rechts اليمن links اليس vorne الأمام hinten الخلف
 Wo haben Sie Schmerzen? Unterkiefer الفك السفلي rechts اليمن links اليس vorne الأمام hinten الخلف

متى بدأ تشعر بالألم؟ 1 Tag يوم واحد 2 Tage 2 أيام 3 Tage 3 أيام mehr als 3 Tage أكثر من 3 أيام
 Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? (\$)

كم هي شدة الألم؟ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

وصف الألم: dumpf كاره stechend لاد klopfend + ضرب zeitweise مؤقت ununterbrochen 1w مستمر
 Beschreiben Sie den Schmerz:

هل لديك ورم #6 (دمل، "راج")؟ ja نعم nein لا
 Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

متى بدأ ورمك؟ 1 Tag يوم واحد 2 Tage 2 أيام 3 Tage 3 أيام mehr als 3 Tage أكثر من 3 أيام
 Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

هل تأخذ أدوية؟ ja نعم nein لا
 Nehmen Sie Medikamente?

هل أن الأدوية معك الآن؟ ja نعم nein لا
 Haben Sie die Medikamente dabei?

أنت ألم؟ ja نعم nein لا إن أن الارباب 6ماه # هذه؟
 Schmerztabletten? Wenn ja, welche: _____

مادات #؟ ja نعم nein لا إن أن الارباب 6ماه # هذه؟
 Antibiotika? Wenn ja, welche: _____

مخال للدم؟ ja نعم nein لا إن أن الارباب 6ماه # هذه؟
 Blutverdünner? Wenn ja, welche: _____

إجراءات ضرورية

Notwendige Maßnahmen

أما الملاحظات 'ظنات' من قبل طبيب الأسنان:
Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

أريد إجراء 5 إجراءات #6 المذكورة:
Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| إعداد أو أشعة #6 | <input type="checkbox"/> |
| Anfertigung einer Röntgenaufnahme | |
| إزالة السن B | <input type="checkbox"/> |
| Zahn muss gezogen werden | |
| إجراء حشو السن 7 | <input type="checkbox"/> |
| Zahn benötigt eine Füllung | |
| إجراء علاج السن 7 | <input type="checkbox"/> |
| Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung | |
| إجراء تمرين للسن | <input type="checkbox"/> |
| Betäubungsspritze für den Zahn | |
| إزالة الخراج | <input type="checkbox"/> |
| Abszess muss aufgeschnitten werden | |

أنا لا أملك أي أسئلة أخرى للطبيب وأوافق على الإجراءات المذكورة. ja nein
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

توقيع المريض
Unterschrift Patient



موعد الزيارة #6 من 5 أيار / موعد من 5 أيار + روري.
Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.
الرجاء العودة من الساعة 7:00 مساءً إلى الساعة 6:00 مساءً.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

إحالة إلى طبيب أسنان / فم، خياطة، جراحات الوجه.
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

مكعب العيادة
Praxisstempel

أنت مسؤول عن التكاليف من العلاج الذي لا يغطيها التأمين من قبل الدولة ولا يمكن استرجاعه.
Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

ملاحظة: الرجاء إحضار شخص يتحدث اللغة الألمانية معك للموعد القادم. الرجاء إحضار بطاقة التأمين #6 معك ذلك لـ LK.
Hinweise:
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

3. (englisch)

Questionnaire for emergency treatment with language barrier

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:
Datum:

Patient (last, first name): _____
Patient (Name, Vorname):

Date of birth: _____
Geburtsdatum:

Please answer the following questions yourself:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Where do you feel pain? Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Upper jaw Oberkiefer	<input type="checkbox"/> right rechts	<input type="checkbox"/> left links	<input type="checkbox"/> front vorne	<input type="checkbox"/> back hinten
<input type="checkbox"/> Lower jaw Unterkiefer	<input type="checkbox"/> right rechts	<input type="checkbox"/> left links	<input type="checkbox"/> front vorne	<input type="checkbox"/> back hinten

For how many days have you had this pain already? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 day 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 days 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 days 3 Tage	<input type="checkbox"/> more than 3 days mehr als 3 Tage
---	---	---	--

How strong is your pain? Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = not so bad, 10 = unbearable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Describe the pain: Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> dull dumpf	<input type="checkbox"/> sharp stechend	<input type="checkbox"/> pulsing klopfend	<input type="checkbox"/> at intervals zeitweise	<input type="checkbox"/> continuous ununterbrochen
--	--	--	--	---

Do you have a "swollen cheek" (abscess, pus)? Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

How long have you had a "swollen cheek"? Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

<input type="checkbox"/> 1 day 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 days 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 days 3 Tage	<input type="checkbox"/> more than 3 days mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Are you taking any medicines? Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

Do you have any medicines with you? Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

Pain killers? Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotics? Antibiotika?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: _____
Wenn ja, welche:

Blood thinners? Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: _____
Wenn ja, welche:

Necessary measures

Notwendige Maßnahmen

The following section is to be completed by the dentist:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

I would like to conduct the following measures for you:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

X-ray

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Tooth needs to be pulled

Zahn muss gezogen werden

Tooth needs a filling

Zahn benötigt eine Füllung

Tooth needs root canal treatment

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Anaesthetic injection for the tooth

Betäubungsspritze für den Zahn

Abscess must be cut open

Abszess muss aufgeschnitten werden

I have no further questions for the dentist and I agree with indicated measures.

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

yes no
ja nein

Patient signature: _____

Unterschrift Patient



A further treatment/ check-up appointment is required.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Please come back to the practice on _____ at _____.

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

Transfer to oral, orthodontic, maxillofacial surgeons for further treatment .

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

Further treatment is required, for which reimbursement is not possible according to the Asylum Seekers Benefits Act.

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

Practice stamp
Praxisstempel

Notes:

Hinweise:

Please bring a person for the next appointment who can speak the language.

If not yet submitted, please bring your treatment voucher (Krankenbehandlungsschein).

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

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

4. (français)

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

Prenez-vous des médicaments? oui non
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Avez-vous vos médicaments sur vous? oui non
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Analgésiques? oui non
Schmerztabletten? ja nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotiques? oui non
Antibiotika? ja nein

Si oui, lesquels: _____
Wenn ja, welche:

Anticoagulants? oui non
Blutverdünner? ja 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

ja

non

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 Asylbewerberleitungs-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.

5. (kroatisch)

Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Pacijent (prezime, ime):

Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja:

Geburtsdatum:

Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gdje osjećate bolove?
Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Gornja čeljust Oberkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten
<input type="checkbox"/> Donja čeljust Unterkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten

Koliko dana patite od tih bolova?
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Koliko jaki su ti bolovi?
Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol:
Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> tupa dumpf	<input type="checkbox"/> bode stechend	<input type="checkbox"/> pulsirajuća klopfend	<input type="checkbox"/> povremena zeitweise	<input type="checkbox"/> stalna ununterbrochen
--	---	--	---	---

Imate li „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)? da ne
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Od kada imate „debele obraze“? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Uzimate li lijekove? da ne
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Imate li kod sebe lijekove? da ne
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Tablete protiv bolova? da ne Ako da, koje: _____
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche:

Antibiotik? da ne Ako da, koji: _____
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche:

Razrjeđivači krvi? da ne Ako da, koji: _____
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche:

Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen

Sljedeće napomene popunjiva **zubar:**

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba
Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)
Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Šprica za neosjetljivost zuba
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

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

da ne
ja nein

Potpis pacijenta: _____

Unterschrift Patient



Potrebna je dodatni termin liječenja/ kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovno dođite _____ u _____ sati u ordinaciju.

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

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi daljnje obrade .

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

Postoji potreba za dodatnim liječenjem za koje nije moguće podmirenje troškova sukladno Zakonu o uslugama za azilante.

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

Žig ordinacije
Praxisstempel

Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite potvrdu o liječenju.

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

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

8. (kurdisch-zaza)

Tedawie u derman kerdena lerz de hete zon ra fam nêbiayene rê formê persi

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Dem: _____
Datum: _____

Nêwes (Vername, pêname): _____
Patient (Name, Vorname)

Demê biene: _____
Geburtsdatum:

Kerem ke cüabe ni persu bide:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Decê tu kot esto? Wo haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Çena cori Oberkiefer	<input type="checkbox"/> heto raşt rechts	<input type="checkbox"/> heto çep links	<input type="checkbox"/> verde vorne	<input type="checkbox"/> peyde hinten					
	<input type="checkbox"/> Çena ceri Unterkiefer	<input type="checkbox"/> heto raşt rechts	<input type="checkbox"/> heto çep links	<input type="checkbox"/> verde vorne	<input type="checkbox"/> peyde hinten					
Çand rozê ke decê tu estê? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?	<input type="checkbox"/> 1 roze 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 roji 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 roji 3 Tage	<input type="checkbox"/> 3 rozu ra jede mehr als 3 Tage						
Decê tu çixa deyraê? Wie stark sind Ihre Schmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	(1 = zaf senik, 10 = endi damisê cı nêben) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)									
Decê xu tarif bike: Beschreiben Sie den Schmerz:	<input type="checkbox"/> buxin dumpf	<input type="checkbox"/> jê derjen saneno ci stechend	<input type="checkbox"/> dano piro klopfend	<input type="checkbox"/> dem dem zeitweise	<input type="checkbox"/> daim bêvînetene ununterbrochen					
Gepa sima/tu mosa (Absçes/rêm vecio)? Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung) ?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Çi wexto ke gepa sima/tu mosa? Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“ ?	<input type="checkbox"/> 1 roze 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 roji 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 roji 3 Tage	<input type="checkbox"/> 3 rozu ra jede mehr als 3 Tage						
Sima dermon/ilac cenê? Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> hia ja		<input type="checkbox"/> nê nein							
Dermon/ilac nika lewe sima de ro? Haben Sie Medikamente dabei?	<input type="checkbox"/> hia ja		<input type="checkbox"/> nê nein							
Dermonê deci? Schmerztabletten?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Antibiotika? Antibiotika?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								
Gon tenkek kerde? Blutverdünner?	<input type="checkbox"/> hia ja	<input type="checkbox"/> nê nein								

Eke hia, kamci/senen: _____
Wenn ja, welche:
Eke hia, kamci/senen: _____
Wenn ja, welche:
Eke hia, kamci/senen: _____
Wenn ja, welche:

Tedbirê zaruri

Notwendige Maßnahmen

Ni malumatê ke têyenê Doxtorê didani ebê xu nuse keno:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Ez wacon ke ni tedbiru/vergureto sima da bikeri:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Resimê röntgen viraştene
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Didan gerek biwencio
Zahn muss gezogen werden

Didan rê pîrr kerdene luzîmo
Zahn benötigt eine Füllung

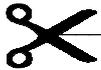
Didan rê tedawie aze luzîmo
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Didan rê derjena narkose/sersem kerdene
Betäubungsspritze für den Zahn

Rêm gereke ebe birnais akerio
Abszess muss aufgeschnitten werden

Ninu ra ber persê mî Doxtorê didanu rê çinê u ez tedbirê/vergureteê ke nisan kerdê qabul kon. hia nê
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden. ja nein

Îmîza nêwesi/nêwese: _____
Unterschrift Patient



Reina termine tedawi/ termine kontrolî luzîmo.
Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Kerem ke demê _____ sahate _____ de bierê muayenexane.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Saba verdewamê tedawie şîurgeê feki, çena u ri hawale
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Zobina tedawi luzîmo, qanunê multeci u rê gore masrafê ninu daenê bêhimkano.
Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerber-
leitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Nisonê zanedane:
Hinweise:

Keremê xo ra sima ke amai termino reina lewe xo de ju zonzander/-e tey biarê.
Xo ra ke „Kaxîta tedawî kerdene“ xonia nêrusna ma nae xo de tey biarê.
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Mohre muayenxane
Praxisstempel

6. (kurdisch-kurmandschi)

Pirsyar di dema alîkariya bilez de (Hawarhatin, firyakewtin) jibo kêm têgihiştina ziman Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Mêjû (dîrok):

Datum:

Mirovê nexweş (Navê malbatê, nav):

Patient (Name, Vorname):

Roja ji daiykbûnê:

Geburtsdatum:

Ji kerema xwe bersiva van pirsyarên li jêr bidin:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Kudera te di êşe?

Wo haben Sie Schmerzen?

Çeniya jor

Oberkiefer

Aliyê rastê

rechts

Aliyê çepê

links

Li pêş

vorne

li paş

hinten

Çeniya jêr

Unterkiefer

Aliyê rastê

rechts

Aliyê çepê

links

Li pêş

vorne

li paş

hinten

Eva çend rojin êşa te destpêkiriye?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 roj

1 Tag

2 roj

2 Tage

3 roj

3 Tage

Zêdetir ji 3 rojan

mehr als 3 Tage

Êşa te çiqasî bi hêze

(bilinde, pileya wê çende)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

(1 = Lauaze (qelse, gelekî kême), 10 = Nema tê teh'mulkinê /êş yekcar zore)

(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Şêweyê êşe çawa ye?:

Beschreiben Sie den Schmerz:

Di arê (arandin) dumpf

Êşeke tuje (geleke) stechend

Wek birûskan lêdide klopfend

Car-Caran (êş tê û diçe) zeitweise

Berdewam e (bêwestan) ununterbrochen

Hinarkê rûyê te sor dibin (diwerimin) (xwîn tede dicivê)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

erê

ja

na

nein

Ji kengî ve hinarkê rûyê te sor dibin (diwerimin)?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 roj

1 Tag

2 roj

2 Tage

3 roj

3 Tage

Zêdetir ji 3 rojan

mehr als 3 Tage

Ti dermana dixwê (distîne)?

Nehmen Sie Medikamente?

erê

ja

na

nein

Dermanê te bi te re ne?

Haben Sie Medikamente dabei?

erê

ja

na

nein

Hebê êşe dixwê?

Schmerztabletten?

erê

ja

na

nein

Heger arê, kîjan hebin (navê wan çiyê):

Wenn ja, welche:

Hebên dijeçilk (Antibiotika)?

Antibiotika?

erê

ja

na

nein

Heger arê, kîjan hebin (navê wan çiyê):

Wenn ja, welche:

Hebên herikandina (ronkirina)

xwînê dixwê?

Blutverdünner?

erê

ja

na

nein

Heger arê, kîjan hebin (navê wan çiyê):

Wenn ja, welche:

Pêngavên (pêkhênan) pêwist

Notwendige Maßnahmen

Ev agahiyên li jêr ji aliyê Textorê dirana ve têne dagirtin (nivîsandin):

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Ev pêkhênanên li jêr pêwiste ji te re bikim:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Girtina wêneyên tîrêjên (pêlên) ênêrgi (Röntgen)

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Diran gereke (pêwiste) were rakirin (hilkirin, kişandin)

Zahn muss gezogen werden

Pêwiste diran were pirrkirin (dagirtin, tijîkirin)

Zahn benötigt eine Füllung

Pêwiste rehên (rayên) diran werin dermankirin (ilackirin)

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Jibo diran derziya dermanê hişber (muxedir) pêwiste

Betäubungsspritze für den Zahn

Cihê kûnêrê (pirzikê) were vekirin (yanjî birrîn)

Abszess muss aufgeschnitten werden

Ti pirsên min yêd main ji Textorê dirana nema ne, û ez li ser wan pêkhênanên yêd xaçkirî (Amaje pêkirî, îşaret kirî) razîme.

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

erê na
ja nein

Îmza mirovê (kesê) nexweş: _____

Unterschrift Patient



Careke din Were dermankirinê / Lênêrîn (kontrol, fehîs) pêwiste.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ji kerema xwe roja _____ demjmêr (si'at) _____

careke din were vir (ba Textor).

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

Kaxeza razîbûnê jibo berdewamiya dermankirina nexweşiyên dev,

çen û neştergeriya rû .

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

Herweha berdewamiya dermankirinê (îlacê) li ser hesabê dewletê, li gorî yasa (zakon, qanûn) penaberan, tine ye (ne mumkine).

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

Mora û îmza Textoran
Praxisstempel

Agehdarî:

Hinweise:

Ji kerema xwe, cara din ku ti hatî, kesekî (mirovekî) ku ziman dizane bi xwe re bêne.

Heger te hîna kaxeza razîbûnê jibo dermankirina nexweşiyê ne anî ye, ji kerema xwe cara tê, bi xwe re bêne.

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

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

پرسیار له کاتی چارهسەری فرباکەوتن ئەگەر گیرۆگەرفتی 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?

- یەك رۆژ 1 Tag
 دوو رۆژ 2 Tage
 سێ رۆژ 3 Tage
 زیاتر له سێ رۆژ mehr als 3 Tage

هێزی نازارهكەت چەندە: Wie stark sind Ihre Schmerzen?

- 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten) (1 = کمە ، 10 = زۆر بەهێزه)

جۆرهی نازارهكەت چۆنه؟ Beschreiben Sie den Schmerz:

- نارهكەت وهك بریسكه لێدان جار به جار بێ وهستان
dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

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

- بەلی نا
ja nein

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

- یەك رۆژ 1 Tag
 دوو رۆژ 2 Tage
 سێ رۆژ 3 Tage
 زیاتر له سێ رۆژ mehr als 3 Tage

دەرمان ئەبەیی (ئەخۆی)؟ Nehmen Sie Medikamente?

- بەلی نا
ja nein

هیچ دەرمانت پێ یه؟ Haben Sie Medikamente dabei?

- بەلی نا
ja nein

حەبی نازار؟ Schmerztabletten?

- بەلی نا ئەگەر بەلی جۆرهكەیی
wenn ja, welche? ja nein

حەبی دز به چلک (نانتی بیوتیک) Antibiotika?

- بەلی نا ئەگەر بەلی جۆرهكەیی
wenn ja, welche? ja nein

دەرمانی خەستکردنەوهی خوێن Blutverdünner?

- بەلی نا ئەگەر بەلی جۆرهكەیی
wenn ja, welche? ja nein

ئەنجامدانى پۈيۈست

Notwendige Maßnahmen

ئەم پىرسىيارانەى خوارەوۋە لە لاپەن پىزىشكى دان پىردە كىرتنەوۋە.
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 بىكىرتنەوۋە
Zahn benötigt eine Füllung

- ئەپىت رەگى دان چارەسەر بىكىرت
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

- دەرزی بى ھۆشى بۇ دان
Betäubungsspritze für den Zahn

- جەرەتەى دومەل بە پىرېن دەرېكىرت
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 بەردەوامىوون لە چارەسەر كىردن .
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

- دەكرى كە بە پىنى ياساى پەنا بەرى 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 بېيىنە.
- ئەگەر تا ئىستا نامەى رازىبوونى چارەسەر كىردن نەھىناپىت ، تکابە جارى داھاتوۋ بېيىنە.
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

9. (mazedonisch)

Формулар за итна интервенција во случај на јазична бариера

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Датум: _____
Datum:

Пациент (презиме, име): _____
Patient (Name, Vorname)

Датум на раѓање: _____
Geburtsdatum:

Ве молиме **Ви** одговорете ги следните прашања:

Bitte beantworten **Sie** die nachfolgenden Fragen:

Каде имате болки? Горна вилица десно лево напред назад
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
 Долна вилица десно лево напред назад
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Колку денови веќе ги имате болките? 1 ден 2 дена 3 дена повеќе од 3 дена
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Колку се силни болките? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1= слаби, 10 = не се издржуваат повеќе) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Опишете ја болката: тапа бодливака пулсирачка одвреме навреме непрекината
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Дали имате „здебелен образ“ (апсцес, насобрано гној)? да не
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Од кога имате „здебелен образ“? 1 ден 2 дена 3 дена повеќе од 3 дена
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Дали пиете лекови? да не
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Дали ги носите со себе лековите? да не
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Таблети за болки? да не Ако да, кои: _____
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche: _____
Антибиотици? да не Ако да, кои: _____
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche: _____
Разредувачи на крв? да не Ако да, кои: _____
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche: _____

Неопходни мерки

Notwendige Maßnahmen

Следниве информации треба да се исполнат од страна на заболекарот:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Следните мерки сакам да ги направам кај Вас:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Изработка на рентгентска снимка
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Забот мора да се вади
Zahn muss gezogen werden

Забот треба да се пломбира
Zahn benötigt eine Füllung

Кај забот треба да се лекува коренот
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Инекција за анестезија на забот
Betäubungsspritze für den Zahn

Апсцесот мора да се отвори
Abszess muss aufgeschnitten werden

Немам други прашања до заболекарот и се согласувам со мерките кај кои што е ставено крстче.

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

да не
ja nein

Потпис на пациентот: _____

Unterschrift Patient



Потребен е уште еден термин за лекување/ термин за контрола.

Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Ве молиме дојдете на _____ во _____ часот повторно во ординацијата.

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

Упат до хирургот за уста, вилица, лице заради понатамошно лекување

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Постои понатамошна потреба за лекување, за кое што според Законот за давачки за кандидати за азил не е можно превземање на трошоците

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

Напомени:

Hinweise:

Ве молиме за следниот термин понесете со Вас некого кој што го зборува јазикот. Доколку сè уште ја немате поднесено потврдата за болничко лекување, Ве молиме да ја понесете со Вас.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit. Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Печат на ординацијата
Praxisstempel

10. (montenegrisc)

Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Datum: _____

Pacijent (prezime, ime):

Patient (Name, Vorname): _____

Datum rođenja:

Geburtsdatum: _____

Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gdje osjećate bolove? Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Gornja čeljust Oberkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten
<input type="checkbox"/> Donja čeljust Unterkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten

Koliko dana patite od tih bolova? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Koliko su jaki ti bolovi? Wie stark sind Ihre Schmerzen?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
(1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)									

Opišite bol: Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> tupa dumpf	<input type="checkbox"/> bode stechend	<input type="checkbox"/> pulsirajuća klopfend	<input type="checkbox"/> povremena zeitweise	<input type="checkbox"/> stalna ununterbrochen
--	---	--	---	---

Da li imate „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)? Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Od kad imate „debele obraze“? Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Da li uzimate medikamente? Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Da li kod sebe imate medikamente? Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Tablete protiv bolova? Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Ako da, koje: _____
Wenn ja, welche:

Antibiotike? Antibiotika?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Ako da, koje: _____
Wenn ja, welche:

Razrjeđivači krvi? Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
-----------------------------------	-------------------------------------

Ako da, koji: _____
Wenn ja, welche:

Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen:

Sljedeće napomene popunjava **zubar:**

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba
Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)
Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Inekcija za neosjetljivost zuba
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

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

da ne
ja nein

Potpis pacijenta: _____

Unterschrift Patient:



Potreban je dodatni termin liječenja/ kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovo dođite _____ u _____ časova u ordinaciju.

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

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi dalje obrade

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

Postoji potreba za dodatnim liječenjem za koje nije moguće podmirenje troškova prema Zakonu o uslugama za azilante

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

Pečat ordinacije
Praxisstempel

Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite sertifikat o liječenju.

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

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

پرسشنامه برای درمان اورژانس در موقعی که مشکلات زبانی وجود داشته باشد.
Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

.....
تاریخ: Datum:

.....
نام بیمار (نام و نام خانوادگی): Patient (Vorname):

.....
تاریخ تولد: Geburtsdatum:

خواهشمند است به سوالات زیر جواب دهید:
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

"کجای شما درد دارد؟"
Wo haben Sie Schmerzen?

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> بالا
hinten | <input type="checkbox"/> جلو
vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ
links | <input type="checkbox"/> طرف راست
rechts | <input type="checkbox"/> بالا
Oberkiefer |
| <input type="checkbox"/> بالا
hinten | <input type="checkbox"/> جلو
vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ
links | <input type="checkbox"/> طرف راست
rechts | <input type="checkbox"/> پایین
Unterkiefer |

"چند روز است که این درد دارد؟"
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?
 1 2 3 بیش از 3 روز
1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

شدت درد را مشخص کنید:
Wie stark sind Ihre Schmerzen?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

درد به چه صورتی است؟
Beschreiben Sie den Schmerz:

- پیوسته
ununterbrochen
- متناوب
zeitweise
- ضربان دارد
klopfend
- تیز
stechend
- مبهم
dumpf

آیا ورم "دانه" (آبسه، تجمع چربی) دارید؟
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?
 خیر
nein بله
ja

"چند روز است که ورم دانه دارید؟"
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?
 1 2 3 بیش از 3 روز
1 Tag 2 Tage 3 Tage ...mehr als 3 Tage

آیا در 7 روز گذشته دارو مصرف کرده‌اید؟
Nehmen Sie Medikamente?

خیر
nein بله
ja

آیا در کنار داروهای دیگر دارو مصرف کرده‌اید؟
Haben Sie Medikamente dabei?

خیر
nein بله
ja

آیا مسکن مصرف کرده‌اید؟
Schmerztabletten?

.....
آیا بله؟
nein ja

آیا آنتی‌بیوتیک مصرف کرده‌اید؟
Antibiotika?

.....
آیا بله؟
nein ja

آیا رقیق‌کننده خون مصرف کرده‌اید؟
Blutverdüner?

.....
آیا بله؟
nein ja

تدابیر لازم

Notwendige Maßnahmen

این قسمت بوسیله دکتر دندانپزشک پر میشود

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

من 5 تا 7 دارم که این تدابیر را انجام دهم:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

(6 تا 9 ساله) برداری

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

دندان "شاده شود"

Zahn muss gezogen werden

دندان "پر شود"

Zahn benötigt eine Füllung

دندان "تاج ب. کراچ. راج. دندان را دارد"

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

تزریق 6-س "ننده"

Betäubungsspritze für den Zahn

آب. را "دقز" رد

Abszess muss aufgeschnitten werden

خیر

nein

ب.

ja

من سوالات دیگری از دکتر ندارم و این تدابیر را "X" مشخص شده (W) م.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen, die mit X gekennzeichnet sind, einverstanden.

..... نام بیمار

Unterschrift Patient



مهر مطب
Praxisstempel

لازم است.

تاریخ کنترل

تاریخ برای و تاریخ.

Ein weiterer Behandlungstermin/ Kontrolltermin ist nötig.

خواهشمند است در تاریخ در (ت) در در مطب مراجعه فرمایید.

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

انتقال به جراح دهان- و 7 ورت

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

تذرات: خواهشمند است برای ج. ف. آینده را همراه خود بیاورید. " بزیرن 6 تا 7 ط داشته شود.

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

تذرات برای و تاریخ لازم است. " تاریخ آن تاریخ. تاریخ و تاریخ. تاریخ و تاریخ. تاریخ و تاریخ.

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für die eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht möglich ist

9 و 5 و 5 تاریخ را آورده اد خواهشمند است. " در ج. ف. آینده آن و 5. را خود بیاورید.

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

12. (romani)

Pucibasiri Lista aso Hitno slucaj kola na halona i Shib

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum/Diwe:

Datum:

Pazienti (Anaw Familijako Anaw)

Patient (Name, Vorname): _____

Bijando diwe:

Geburtsdatum: _____

Odgoworinen akawa so pucela pe:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Kote isi tut Duka ?

Wo haben Sie Schmerzen?

Upruni Wilica

Oberkiefer

desno

rechts

lewo

links

anglal

vorne

palal

hinten

Teluni Wilica

Unterkiefer

desno

rechts

lewo

links

anglal

vorne

palal

hinten

Kobor Diwe sar isi tut akala Duka?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 Diwe

1 Tag

2 Diwe

2 Tage

3 Diwe

3 Tage

po buter taro 3 Diwe

mehr als 3 Tage

Kobor zurale o Duka?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= hari, 10 = nasti te izdrzinaw) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Objasnin i Duk:

Beschreiben Sie den Schmerz:

jaskini

dumpf

pusawi

stechend

khuwela

klopfend

djala awela

zeitweise

hic na ashola

ununterbrochen

Isitu shuwli Sham (Phumba?)

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

da

ja

na

nein

Od keda isi tu shuwli Sham?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 Diwe

1 Tag

2 Diwe

2 Tage

3 Diwe

3 Tage

po buter taro 3 Diwe

mehr als 3 Tage

Upotrebineja Hapija (Tablete)?

Nehmen Sie Medikamente?

da

ja

na

nein

Isi tut Hapija tute?

Haben Sie Medikamente dabei?

da

ja

na

nein

Hapija Dukenge?

Schmerztabletten?

da

ja

na

nein

Ako da sawe:

Wenn ja, welche: _____

Antibiotika (Penicilin)?

Antibiotika?

da

ja

na

nein

Ako da, sawe:

Wenn ja, welche: _____

Hapija te retkoni to Rat?

Blutverdünner?

da

ja

na

nein

Ako da, sawe:

Wenn ja, welche: _____

So mora te kerelpe

Notwendige Maßnahmen

Akawa tele trebela o Doktori te perel

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Akawa mangawa te Keraw tute:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Te keraw Slika ko Rengeli
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

O Dand mora te ikalel pe
Zahn muss gezogen werden

O Dand ka Pherel pe (ka namestinipe)
Zahn benötigt eine Füllung

O Dand mora ko Koreno te pherel pe
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Inekzija Upiwka aso Dand
Betäubungsspritze für den Zahn

O Shuwlo Tan more te Phrawel pe
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nanema so te Pucaw panda e Doktore hem sahtewinawa adaleja so mora te kerel o Doktori.

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

da
ja

na
nein

Potpis taro Pazienti: _____

Unterschrift Patient



Panda jek Termini potrebnost/Termini asi Kontola potrebnost.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Molinaja tut awa ko diwe kosati palem ki Praxa.

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

Uput ko Doktori za, Wilica, Chirurgia aso Lize, za noknadno Therapija.

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

Ptrebno i palem te awe palo Azilsko Zakoni na Prifatinena o Troskija za i Therapija koja i josh Portebno.

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

Pecati

Praxisstempel

Pazin:

Hinweise:

Molinaja tumen anen jawer puti nekas tumenza kowa halola i Shib.

Ako panda na angan. Ane amenge jawer puti jek Krankenschein.

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

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

13. (serbisch)

Formular za lečenje u slučaju nužde kod jezične barijere

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____
Datum:

Bolesnik (prezime, ime): _____
Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja: _____
Geburtsdatum:

Molimo odgovorite na sledeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gde vas boli? Gornja vilica desno levo napred nazad
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten

Donja vilica desno levo napred nazad
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Koliko dana već osećate bolove? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Koliko jaki su vaši bolovi? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = slabi, 10 = nisu više izdržljivi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol: tupa probada pulsira povremena neprekidna
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Jesu li vam otekli obrazi (apsces, nakupljanje gnoja)? da ne
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Otkad su vam natekli obrazi? 1 dan 2 dana 3 dana više od 3 dana
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Uzimate li lekove? da ne
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Imate li lekove kod sebe? da ne
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Tablete protiv bolova? da ne Ako da, koje: _____
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche: _____

Antibiotici? da ne Ako da, koje: _____
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche: _____

Antikoagulantí? da ne Ako da, koje: _____
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche: _____

Potrebne mere

Notwendige Maßnahmen

Sledeće napomene treba ispuniti stomatolog:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Želim da provedete sledeće mere:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

izrada rendgenskog snimka
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

potrebno je izvaditi zub
Zahn muss gezogen werden

potrebno je staviti plombu
Zahn benötigt eine Füllung

potrebno je lečenje korena
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

inekcija s anestezijom za zub
Betäubungsspritze für den Zahn

potrebno je rezati apsces
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam dodatnih pitanja za stomatologa i suglasan/suglasna sam s merama označenim krstom. da ne
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden. ja nein

Potpis pacijenta: _____
Unterschrift Patient



Potrebna je dodati pregled za lečenje / pregled za kontrolu.
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Molimo dođite ponovno u ordinaciju dana _____ u _____ sati.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Upućivanje oralnom hirurgu, maksilofacijalnom hirurgu na daljnje lečenje
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Postoji potreba za dodatno lečenje za koje nije moguće preuzimanje troškova prema Zakonu o plaćanju tražiteljima azila.

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

Pečat ordinacije
Praxisstempel

Napomena:

Hinweise:

Kod sledećeg pregleda povedite osobu koja govori jezik.

Ako još niste predali potvrdu za lečenje bolesnika, ponesite je sledeći put.

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

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

14. (türkisch)

Dil bariyeri olması durumunda acil tedaviye ilişkin soru formu

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Tarih:
Datum:

Hasta (soyadı, adı):
Patient (Name, Vorname):

Doğum tarihi:
Geburtsdatum:

Siz aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Nerede ağrınız var?
Wo haben Sie Schmerzen?

üst çene
Oberkiefer

sağ
rechts

sol
links

ön
vorne

arka
hinten

alt çene
Unterkiefer

sağ
rechts

sol
links

ön
vorne

arka
hinten

Ağrılarınız kaç günden beri var?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 gün
1 Tag

2 gün
2 Tage

3 gün
3 Tage

3 günden fazla
mehr als 3 Tage

Ağrınız hangi şiddette?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= hafif, 10 = dayanılacak gibi değil) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Ağrınızı tarif ediniz:

Beschreiben Sie den Schmerz:

küt
dumpf

batıcı
stechend

zonklayıcı
klopfend

ara sıra
zeitweise

sürekli
ununterbrochen

“Yanağınızda şişlik” var mı (apse, irin birikimi)?

Haben Sie eine “dicke Backe” (Abszess, Eiteransammlung)?

evet
ja

hayır
nein

Ne zamandan beri “yanağınızda şişlik” var?

Seit wann haben Sie eine “dicke Backe”?

1 gün
1 Tag

2 gün
2 Tage

3 gün
3 Tage

3 günden fazla
mehr als 3 Tage

İlaç alıyor musunuz?

Nehmen Sie Medikamente?

evet
ja

hayır
nein

İlaçlarınız yanınızda mı?

Haben Sie Medikamente dabei?

evet

hayır?

evet
ja

hayır
nein

Ağrı kesici?

Schmerztabletten?

evet
ja

hayır
nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Antibiyotik?

Antibiotika?

evet
ja

hayır
nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Kan sulandırıcı?

Blutverdünner?

evet
ja

hayır
nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Gerekli işlemler

Notwendige Maßnahmen

Aşağıdaki bilgiler diş hekimi tarafından doldurulmalıdır:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sizde aşağıdaki işlemleri yapmak istiyorum:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Röntgen filmi çekimi
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Dişin çekilmesi gerekiyor
Zahn muss gezogen werden

Dişin doldurulması gerekiyor
Zahn benötigt eine Füllung

Dişin kanal tedavisine ihtiyacı var
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Diş için uyuşturucu iğne
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsenin kesilip açılması gerekiyor
Abszess muss aufgeschnitten werden

Diş hekimine soracak başka sorularım yok ve işaretlenen işlemleri kabul ediyorum.
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

evet hayır
ja nein

İmza Hasta: _____
Unterschrift Patient



Başka bir tedavi için randevu / kontrol için randevu gerekli.
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Lütfen _____ tarihinde saat _____ tekrar muayenehaneye geliniz.
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Ağız, çene ve yüz cerrahisine ileri tedavi için sevk
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Mülteciler için Sosyal Yardım Kanunu'na göre masrafların üstlenilmesi mümkün olmayan başkaca bir tedavi ihtiyacı mevcuttur.

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

Muayenehane kaşesi
Praxisstempel

Bilgi:

Hinweise:

Lütfen bir sonraki randevuya her iki dili iyi bilen bir kişiyle birlikte gelin.

Eğer henüz vermediyseniz, lütfen hasta tedavi belgesini birlikte getiriniz.

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

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

15. (usbekisch)

Tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun chet tilida so'rovnoma

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Sana:

Datum:

Bemor (familiyasi, ismi):

Patient (Name, Vorname):

Tug'ilgan sanasi:

Geburtsdatum:

Quyidagi savollarga **Siz o'zingiz javob bering:**

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Qayeringizda og'riq bor?

Wo haben Sie Schmerzen?

tepa jag'
Oberkiefer

o'ng tomoni
rechts

chap tomon
links

oldi
vorne

orqasi
hinten

pastki jag'
Unterkiefer

o'ng tomoni
rechts

chap tomon
links

oldi
vorne

orqasi
hinten

Bu og'riqlar necha kundan beri bor?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 kun
1 Tag

2 kun
2 Tage

3 kun
3 Tage

3 kundan ko'proq
mehr als 3 Tage

Og'riqlar qay darajada?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= kuchsiz, 10 = chidab bo'lmaydigan darajada) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Og'riqni tasvirlab bering:

Beschreiben Sie den Schmerz:

zirqirab turadigan
dumpf

sanchiqli
stechend

gupillaydigan
klopfend

ba'zida
zeitweise

to'xtamaydigan
ununterbrochen

Betingiz shishganmi (abscess, yiring to'planishi)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

ha
ja

yo'q
nein

Betingiz qachondan beri shishgan?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 kun
1 Tag

2 kun
2 Tage

3 kun
3 Tage

3 kundan ko'proq
mehr als 3 Tage

Dori-darmon ichasizmi (qo'llaysizmi)?

Nehmen Sie Medikamente?

ha
ja

yo'q
nein

Dorilar yoningizda bormi?

Haben Sie Medikamente dabei?

ha
ja

yo'q
nein

Og'riqqa qarshi dori?

Schmerztabletten?

ha
ja

yo'q
nein

Agar ha bo'lsa, qaysi dori: _____

Wenn ja, welche:

Antibiotiklar?

Antibiotika?

ha
ja

yo'q
nein

Agar ha bo'lsa, qaysi dori: _____

Wenn ja, welche:

Qon ivishini

susaytiruvchi dori?

Blutverdünner?

ha
ja

yo'q
nein

Agar ha bo'lsa, qaysi dori: _____

Wenn ja, welche:

Zarur choralar

Notwendige Maßnahmen

Quyidagi ko'rsatmalarni tish doktori to'ldirishi kerak:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Muolajangiz uchun quyidagi choralarni ko'rmoqchiman:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Rentgen qilish kerak.

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Tishni sug'urib olish kerak.

Zahn muss gezogen werden

Tishga plomba qo'yish kerak.

Zahn benötigt eine Füllung

Tishning tomirini davolash kerak.

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Tishni narkoz qilish uchun shprints.

Betäubungsspritze für den Zahn

Abssessni (shishgan joyni) kesish kerak.

Abszess muss aufgeschnitten werden

Tish doktoriga boshqa savollarim yo'q. Yuqorida belgilangan zarur choralar bilan roziman.

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

ha yo'q
ja nein

Bemor imzosi: _____

Unterschrift Patient



Qo'shimcha muolaja / nazorat uchun kelishingiz kerak.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Iltilimos, _____ kuni soat _____ shifoxonaga yana keling.

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

Muolajani davom ettirish uchun og'iz, jag', yuz jarrohiga yo'llanma .

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

Muolajani davom ettirish zarur. Biroq uning chiqimlari „Boshpana olish uchun hujjat topshirgan shaxslarga ko'mak ko'rsatish haqida qonun“ga muvofiq qoplanmaydi.

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

Shifoxona muhri
Praxisstempel

Eslatmalar:

Hinweise:

Kelasi safar o'zingiz bilan tillarni yaxshi biladigan odamni olib keling. Agar „Bemorlarni davolash hujjati“

[Krankenbehandlungsschein]ni doktorga hali topshirmagan bo'lsangiz, kelasi safar uni ham o'zingiz bilan olib keling.

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

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

1. (albanisch)

Fleta për mbledhjen e të dhënave të pacientëve

Patientenerhebungsbogen

Mbiemri:

Familienname:

Datëlindja:

Geburtsdatum:

Shteti/vendi i origjinës:

Herkunftsland/-ort:

Njohuritë gjuhësore:

Sprachkenntnisse:

Emri:

Vorname:

Shtetësia:

Staatsangehörigkeit:

Vetëm në rast të të miturve: Personi me të drejtë edukimi

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Mbiemri:

Familienname:

Datëlindja:

Geburtsdatum:

Emri:

Vorname:

Shtetësia:

Staatsangehörigkeit:

Të dhënat e kontaktit

Kontakt Daten

Numri i telefonit/celularit:

Telefon-/Handynummer:

E-mail:

Adresa e tanishme (rruga./nr. i shtëpisë/vendi):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Numri i telefonit i përkthyesit:

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Ju lutemi, përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme mbi gjendjen tuaj të shëndetit sa më saktë të jetë e mundur! Të dhënat i nënshtrohen detyrimit mjekësor për të heshtur dhe dispozitave të mbrojtjes së të dhënave dhe trajtohen me fshehtësi të madhe.

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.

Sëmundje e zemrës / qarkullimit të gjakut

Herz-/Kreislaufkrankung

po jo
ja nein

Çrregullime të koagulimit të gjakut

Blutgerinnungsstörungen

po jo

Vuajtje nga kriza (epilepsi)

Anfallsleiden (Epilepsi)

po jo

Astma/sëmundje të mushkërive

Asthma/Lungenerkrankungen

po jo

Alivani/bie të fikët

Ohnmachtsanfälle

po jo

Diabet/sëmundja e sheqerit

Diabetes/Zuckerkrankheit

po jo

Sëmundje e mëlçisë/hepatit

Lebererkrankung/Hepatitis

po jo

Sëmundje të veshkave

Nierenerkrankungen

po jo

Reumatizëm/artrit

Rheuma/Arthritis

po jo

Sëmundje e gjëndrës tiroide

Schilddrüsenerkrankung

po jo

Tuberkulozë

Tuberkulose

po jo

Infeksioni HIV/stadiumi i SIDËS

HIV-Infektion/Stadium AIDS

po jo

Sëmundje infektive (p.sh. MRSA)

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

po jo

Varësi nga droga

Drogenabhängigkeit

po jo

Duhanpirës

Raucher

po jo

A ka një shtatzëni?

Besteht eine Schwangerschaft?

po jo
ja nein

Nëse po, në cilin muaj?

Wenn ja, in welchem Monat?

.....muaj
Monat

Sëmundje të tjera:

Sonstige Erkrankungen

po jo

Alergji respektivisht padurueshmëri:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anestezi lokale/gjilpëra

Lokalanästhesie/Spritzen

po jo

Antibiotikët

Antibiotika

po jo

Barna kundër dhimbjeve

Schmerzmittel

po jo

Të tjerat:.....

Andere:

A janë bërë tek ju tashmë radiografi dentare?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

po jo
ja nein

Nëse po, kur?

Wenn ja, wann?

A keni probleme gjatë kafshimit për shkak të mungesës së dhëmbëve?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

po jo

A keni qenë tashmë tek një mjek i përgjithshëm?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

po jo

Nëse po, tek cili mjek?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Cilat medikamente merrni ju rregullisht respektivisht tani për tani? që nga.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... që nga

..... që nga

..... , më

, den

Nënshkrimi:

Unterschrift:

استمارة حصر بيانات المريض Patientenerhebungsbogen

الإسم: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	الإسم العائلي: <input type="text"/>	Familienname: <input type="text"/>
جنسية: <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>	تاريخ ولادة: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
		مكان ولادة: <input type="text"/>	Herkunftsland/-ort: <input type="text"/>
		منها: <input type="text"/>	
		لغات التي تتحدثها: <input type="text"/>	Sprachkenntnisse: <input type="text"/>
		في حالات القاصرين فقط: <input type="text"/>	Nur bei Minderjährigen: <input type="text"/>
		ولي الأمر: <input type="text"/>	Erziehungsberechtigter <input type="text"/>
الإسم: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	الإسم العائلي: <input type="text"/>	Familienname: <input type="text"/>
جنسية: <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>	تاريخ ولادة: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
.....		للاتصال: هاتف/هاتف جوال: <input type="text"/> البريد الإلكتروني: <input type="text"/> العنوان الحالي <input type="text"/> (الرقم/المنطقة/البلد) <input type="text"/> هاتف مترجم: <input type="text"/>	Kontaktdaten Telefon-/Handynummer: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): <input type="text"/> Tel.Nr. des Sprachvermitlers/Dolmetschers: <input type="text"/>
يرجى الرد على الأسئلة التالية بخصوص حالتكم الصحية بكل دقة! سيتم التعامل مع هذه البيانات وفقاً لأحكام كتمان السرية التي يخضع لها كل طبيب كما أنها تخضع لأحكام حماية البيانات وسوف يتم التعامل معها بسرية تامة.			
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.			

ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل توجد حالة حمل؟	Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مرض/أب/دورة دموية <input type="checkbox"/> آل/لي/تور عدم <input type="checkbox"/> مرض نوبات 7 رع <input type="checkbox"/> #أو/أمراض رذ <input type="checkbox"/> نوبات 8 ودان و8ي <input type="checkbox"/> 7كري <input type="checkbox"/> أمراض 9 <input type="checkbox"/> 7روماتيزم التهاب م7 <input type="checkbox"/> أمراض غدة 4% <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 1 #7#7 يروس 8ص م8 <input type="checkbox"/> #8 رذ/مرحلة الأيدز <input type="checkbox"/> أمراض 7دوى (6 #كثيراً <input type="checkbox"/> مكورات 7دوى 7و7 <input type="checkbox"/> 7م 7دنت 7حيوي <input type="checkbox"/> ادمان على المخدرات <input type="checkbox"/> مدخن <input type="checkbox"/>	Herz-/ Kreislauferkrankung Blutgerinnungsstörungen Anfallsleiden (Epilepsie) Asthma/Lungenerkrankungen Ohnmachtsanfälle Diabetes/Zuckerkrankheit Lebererkrankung/Hepatitis Nierenerkrankungen Rheuma/Arthritis Schilddrüsenerkrankung Tuberkulose HIV-Infektion/Stadium AIDS Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) Drogenabhängigkeit Raucher
ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إن كان جواب نعم، /أي شهر؟	Wenn ja, in welchem Monat?	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أية أمراض أخرى:	Sonstige Erkrankungen:	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	حساسية أو عدم تقبل:	Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	2دير مو 7ي/7ان	Lokalanästhesie/ Spritzen	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	م 7ادات حيوية	Antibiotika	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	م 7كبات م	Schmerzmittel	ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
.....	4يره:	Andere:			

<p>هل سبق وأن تم إجراء أشعة سينية للأسنان لديك؟ إن كان جواب نعم، منذ كان </p> <p>هل تعاني من مصاعب في المضغ لفقدان أسنان؟ ja <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>		<p>Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?</p> <p>Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?</p>	
		<p>هل سبق لك وأن راجعت طبيباً أخصائياً بالطب العام؟ إن كان جواب نعم، طبيب؟ </p>	<p>Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? Wenn ja, bei welchem Arzt?</p>
<p>منذ seit منذ منذ </p>	<p>منذ منذ منذ </p>	<p>ماهي الأدوية التي تتأخذها #7 مرة منتظمة أو # أخرى جاً؟</p>	<p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?</p>

مكان التاريخ

Ort den

توقيع

Unterschrift:

Patientenerhebungsbogen

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Herkunftsland/-ort: _____
 Sprachkenntnisse: _____

Nur bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Kontaktdaten

Telefon-/ Handynummer: _____
 E-Mail: _____
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetchers _____

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.

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-/ Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma/Arthritis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
 Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Andere:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein
 Wenn ja, wann?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen? ja nein

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? ja nein
 Wenn ja, bei welchem Arzt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

..... seit

..... seit

....., den Unterschrift:

3. (englisch)

Patient questionnaire

Patientenerhebungsbogen

Last name: Familiennamen:	_____	First name: Vorname:	_____
Date of birth: Geburtsdatum:	_____	Nationality: Staatsangehörigkeit:	_____
Country/place of origin: Herkunftsland/-ort:	_____		
Language skills: Sprachkenntnisse:	_____		

Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Last name: Familiennamen:	_____	First name: Vorname:	_____
Date of birth: Geburtsdatum:	_____	Nationality: Staatsangehörigkeit:	_____

Contact information

Kontaktdaten

Phone/mobile number: _____
Telefon-/Handynummer:

E-mail: _____

Current address (street / house number / city): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Phone number of language intermediary/interpreter: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Please answer the following questions about your health as accurately as possible! The data is subject to medical confidentiality and data protection provisions and is kept strictly confidential.

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.

Cardiovascular disease Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	Are you pregnant? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
Blood coagulation (clotting) disorder Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	If so, in which month? Wenn ja, in welchem Monat?	.....month Monat	
Seizure disorders (epilepsy) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Other illnesses: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
Asthma/lung diseases Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....	
Fainting Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....	
Diabetes Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....	
Liver disease / hepatitis Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....	
Kidney diseases Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....	
Rheumatism/arthritis Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....	
Thyroid disease Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Allergies or intolerances: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Tuberculosis Tuberkulose	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Local anaesthesia/injections	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
HIV infection / AIDS stage HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Antibiotics	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
Infectious diseases (e.g. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Pain killers	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
Drug addiction Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Other:		
Smoker Raucher	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	Andere:		

4. (français)

Fiche de renseignements sur le patient

Patientenerhebungsbogen

Nom de famille:

Familiennome:

Date de naissance:

Geburtsdatum:

Pays et lieu d'origine:

Herkunftsland/-ort:

Connaissances linguistiques:

Sprachkenntnisse:

Prénom:

Vorname:

Nationalité:

Staatsangehörigkeit:

Uniquement pour les personnes mineures: Tuteur légal

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Nom de famille:

Familiennome:

Date de naissance:

Geburtsdatum:

Prénom:

Vorname:

Nationalité:

Staatsangehörigkeit:

Données de contact

Kontaktdaten

Numéro de téléphone fixe/portable:

Telefon-/Handynummer:

Courriel:

E-Mail:

Domicile actuel (rue/numéro/commune):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

N tél. de l'intermédiaire linguistique/interprète:

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Veillez répondre avec la plus grande exactitude possible aux questions suivantes relatives à votre état de santé!

Les informations sont soumises à l'obligation de secret médical et aux dispositions relatives à la protection des données et sont traitées de manière strictement confidentielle.

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.

Maladie cardiovasculaire

Herz-/Kreislaufkrankung

oui non

ja nein

Problèmes de coagulation sanguine

Blutgerinnungsstörungen

oui non

Épilepsie

Anfallsleiden (Epilepsi)

oui non

Asthme/maladies pulmonaires

Asthma/Lungenerkrankungen

oui non

Syncopes

Ohnmachtsanfälle

oui non

Diabète

Diabetes/Zuckerkrankheit

oui non

Maladie du foie/hépatite

Lebererkrankung/Hepatitis

oui non

Maladies rénales

Nierenerkrankungen

oui non

Rhumatismes/arthritis

Rheuma/Arthritis

oui non

maladie de la thyroïde

Schilddrüsenerkrankung

oui non

Tuberculose

Tuberkulose

oui non

Infection VIH/stade SIDA

HIV-Infektion/Stadium AIDS

oui non

Maladies infectieuses (par ex. SARM)

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

oui non

Toxicomanie

Drogenabhängigkeit

oui non

Fumeur

Raucher

oui non

Êtes-vous enceinte?

Besteht eine Schwangerschaft?

oui non

ja nein

Si oui, depuis combien de mois?

Wenn ja, in welchem Monat?

.....mois

Monat

Autres maladies:

Sonstige Erkrankungen

oui non

Allergies ou intolérances:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anesthésie locale/piqûres

Lokalanästhesie/Spritzen

oui non

Antibiotiques

Antibiotika

oui non

Analgésiques

Schmerzmittel

oui non

Autres:

Andere:

Avez-vous déjà subi une radiographie dentaire?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

oui non
ja nein

Si oui, quand?

Wenn ja, wann?

Avez-vous des problèmes de mastication suite à un manque de dents?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

oui non

Avez-vous déjà consulté un médecin généraliste?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

oui non

Si oui, lequel?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Quels médicaments prenez vous régulièrement ou actuellement? depuis

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... depuis

..... depuis

....., le

, den

Signature:

Unterschrift:

5. (kroatisch)

Anketni obrazac za pacijenta

Patientenerhebungsbogen

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____
Zemlja i mjesto rođenja: Herkunftsland/-ort:	_____		
Poznavanje jezika: Sprachkenntnisse:	_____		

Samo kod maloljetnika: Ovlašteni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____

Podaci za kontakt

Kontakt Daten

Broj telefona (mobitela):
Telefon-/Handynummer: _____

E-pošta:
E-Mail: _____

Sadašnja adresa (ulica/kućni broj/mjesto):
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Broj telefona tumača:
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Što točnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi s Vašim zdravstvenim stanjem! Podaci podliježu liječničkoj obvezi o povjerljivosti i propisima zaštite podataka i bit će korišteni strogo povjerljivo.

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.

Srčana bolest/oboljenje cirkulacijskog sustava Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Jeste li trudni? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
Smetnje s krvnim sudovima Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ako da, u kojem mjesecu? Wenn ja, in welchem Monat?	.....mjesec Monat	
Napadaji (epilepsija) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostala oboljenja: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Astma/plućna oboljenja Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Napadaji nemoći Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Dijabetes/šećerna bolest Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Bolest jetre/hepatitis Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Bubrežne bolesti Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Reuma/artritis Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Bolest štitnjače Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
Tuberkuloza Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Allergije ili netolerancije: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
HIV-infekcija/stadij AIDS-a HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Lokalna anestezija/šprice Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Infekcijska oboljenja (npr. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Antibiotici Antibiotika	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Ovisnost o drogama Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Sredstva protiv bolova Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Pušač Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostalo: Andere:		

Jesu li na vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne
ja nein

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća sa žvakanjem jer nemate sve zube?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Jeste li već bili kod liječnika opće medicine?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kojeg?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje lijekove uzimate redovito, odnosno, trenutačno?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od

..... seit

..... od

..... , datum:

..... , den

Potpis:

Unterschrift:

8. (kurdisch-zaza)

Kaxita haqa şaxis de malumat guretene Patientenerhebungsbogen

Name pey: _____
 Familienname:
Demê biayene: _____
 Geburtsdatum:
Welato/îstano ke tu yi ra ama: _____
 Herkunftsland/-ort:
Zon zanitene: _____
 Sprachkenntnisse:

Name ver: _____
 Vorname:
Mensubiata dewlete: _____
 Staatsangehörigkeit:

Teyna domonune qickeku de wekilê qaitê ci biayene (vasi)

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Name pey: _____
 Familienname:
Demê biayene: _____
 Geburtsdatum:

Name ver: _____
 Vorname:
Mensubiata dewlete: _____
 Staatsangehörigkeit:

Maulamatê kontax

Kontaktdaten:

Amora telefoni/ Tel. ye desti: _____
 Telefon / Handynummer:

E-Mail: _____

Adresa nikaene (Raa/amora boni/ca): _____
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Amora telefonê zon çarnedari/tercûmani _____
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Kerem ke çûabê perse ke cer saba halê weşia sîma nuşie mumkiniete tam bîderê!

Malumatê sîma vatî, mecburieta sîrrê doxtor de u şartune malumat seweknene de manenê u wedarinê.

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.

Nêweşia zerra bele/dewîrdaima goni hia nê
 Herz-/Kreislaufkrankung ja nein
Çetînia gon hest biayene esta hia nê
 Blutgerinnungsstörungen
Nêweşia kud guretene (Epilepsi) hia nê
 Anfallsleiden (Epilepsi)
Astma/nêweşia piske hia nê
 Asthma/Lungenerkrankungen
Nêweşia balmîs biene hia nê
 Ohnmachtsanfälle
Diabetes/nêweşia seker hia nê
 Diabetes/Zuckerkrankheit
Nêweşia cigere/hepatitis hia nê
 Lebererkrankung/Hepatitis
Nêweşia velîku hia nê
 Nierenerkrankung
Reumatizme/arthritis hia nê
 Rheuma/Arthritis
Nêweşia quatire hia nê
 Schilddrüsenerkrankung
Xiştika piske (Tuberkulose) hia nê
 Tuberkulose
HIV-Infekcion/stadiumê AIDS hia nê
 HIV-Infektion/Stadium AIDS
Nêweşie infekcionî (tîmsalde MRSA) hia nê
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
Mubtela madda esrari hia nê
 Drogenabhängigkeit
Cixara simitene hia nê
 Raucher

Digonie esta? hia nê
 Besteht eine Schwangerschaft?
 Eke esta, çand asmu de ra? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat? **Asme**
 Monat

Zobina nêweşie: hia nê
 Sonstige Erkrankungen

.....

Alergi ya ki nêqebul:
 Allergien bzw. Unverträglichkeiten
Anastesiê lokal hia nê
 Lokalanästhesie/Spritzen
Antibiotika hia nê
 Antibiotika
Dermonê dec hia nê
 Schmerzmittel
Zobina:
 Andere:

Hal hazır dıdanê sima röntgen kerd?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

hia nê
ja nein

Eke hia, key?

Wenn ja, wann?

Saba kêmia dıdanunu eke cût problemê/çetinia sima/tu esta?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kaufen?

hia nê

Sima qe şî Hekimê umimi/dahiliê nêweşiê?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

hia nê

Eke hia, kamci hekim?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Sima kamci/sene dermonu daim ya ki nıka cenê?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... Demê.....ra hata nıka
seit

..... Demê.....ra hata nıka

..... Demê.....ra hata nıka

Ca:..... Dem:, den

İmıza:
Unterschrift:

6. (kurdisch-kurmandschi)

Pirsên zaniyarî di derheqa nexweşan de Patientenerhebungsbogen

Navê Malbatê: Familiennamen:	_____	Nav: Vorname:	_____
Roja ji dayikbûnê: Geburtsdatum:	_____	Nasnama welat: (Hemwelatî): Staatsangehörigkeit:	_____
Welatê resen (bingehîn): Herkunftsland/-ort:	_____		
Zimanzanî (çend zimanan dizanê): Sprachkenntnisse:	_____		

Tenê jibo zarokên piçûk (di bin 18 salî de) / Perpîrsê perwerdekirinê (xwedîkirinê)

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Navê Malbatê: Familiennamen:	_____	Nav: Vorname:	_____
Roja ji dayikbûnê: Geburtsdatum:	_____	Nasnama welat: (Hemwelatî): Staatsangehörigkeit:	_____

Danustandin (pêwndî)

Kontakt Daten

Telefon- / hejmara Tel. destan: _____
Telefon-/Handynummer:

E-Mail (posta elektronî): _____
E-Mail

Navnîşana vêgavê (Navê kolanê./Hejmara malê./cih, bajar): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Hejmara Telefona alîkarê ziman / Wergêr (Tercûman) _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Ji kerema xwe bersiva van pirsên li jêr derheqa (sebarek bi) rewşa we a tendrustî, bi eşkera û rastî bidin! Ew zaniyarî hemû dikevin jêr erkên bêdengiya Textoran de û bi pîvanên parastina nehênîyên kesayetî têne parastinê, û li ba kesên ku cihê baweriyê ne (yanî ew bi tenê li ba Textoran) dimênin.

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.

Nexweşiya Dil-/ yanjî li hevgerandina xwînê? erê na
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Nexweşiya kêmbûna xwînê heye erê na
Blutgerinnungsstörungen

Sergêjiya (ketina erdê) ji nişkêve (Epilepsi) erê na
Anfallsleiden (Epilepsi)

Asthma/nexweşiyên singê, bêhdanê erê na
Asthma/Lungenerkrankungen

Ji ser hişçûn (bêhişbûn) erê na
Ohnmachtsanfälle

Diabetes/nexweşiyên şeker erê na
Diabetes/Zuckerkrankheit

Nexweşiyên kezebê/ zerika reş (Hepatitis) erê na
Lebererkrankung/Hepatitis

Nexweşiyên gurçikê erê na
Nierenerkrankungen

Nexweşiyên bawî, badarî (romatîzmê) erê na
Rheuma/Arthritis

Nexweşiyên zenglorkê (qirik, toşbî- xudda dereqî) erê na
Schilddrüsenerkrankung

Êşa zirav (Sil, Tuberkulose) erê na
Tuberkulose

Nexweşiya qelsbûna bergirîya laş (AIDS) erê na
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Nexweşiyên wergirtina mîkropan: weke baktêriya girover a zêrînî (mesela MRSA) erê na
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Madeyên hişbirinê (mûxederat) dikşênê erê na
Drogenabhängigkeit

Çixarekêşî (çixara vedixwê): erê na
Raucher

Ducanî (Avis, bi hemilî)? erê na
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Heger erê be, meha (heyva) çenda ye?heyva
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Nexweşiyên din (main, jibîlî wan): erê na
Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wêneyên (sûretên) tîrêja ênergî (Röntgen) berî niha ji te re hatine girtin ê?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

erê na
ja nein

Heger erê, kengî (çi demê, kîjan salê)?.....

Wenn ja, wann?

Jiber hilkirina dirana (diranên ketî) çetnahî (zehmetiyên) cûtina xwarinê li bat e heye?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

erê na

Ti tucarî çûyî ba Textorê nexweşiyên giştî?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

erê na

Heger erê, li ba kîjan textorî?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Ti çi dermanan berdewam dixwe, yanî vêgavê (halêhazir)

ti çi dermanî dixwe?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... Ji kengî ve
seit

..... Ji kengî ve

..... Ji kengî ve

..... , Li roja
, den

Îmze:.....
Unterschrift:

زانبارى و پرسىار له بارى نه خووشى Patientenerhebungsbogen

ناو: Vorname:	نازناو: Familiename:	روژى له داىكبوون: Geburtsdatum:
هه مولاتى: Staatsangehörigkeit:		ولاتى بنه رهنى / شوين: Herkunftsland/ -ort:
		زمانزانى (چهند زمان دهزانى): Sprachkenntnisse:

ته نيا بو مندالى كهه ته مهنه (له ژير 18 سالىدا): به پررسى پوره روده (به خوكهه ر)
Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter:

ناو: Vorname:	نازناو: Familiename:	روژى له داىكبوون: Geburtsdatum:
هه مولاتى: Staatsangehörigkeit:		

شيوه يى پيوه نديكردن Kontaktdaten

تله فون - / ژماره ي تله فونى دهست: Telefon-/Handynummer:

ئيميل (پوستى نه لئيكترونى): E-Mail:

ناونيشانى ئيستا (ناوى كوآن. / ژماره ي خانو. / شار) Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

ژماره ي تله فونى وه رگير يان يارمه تيدهرى زمان: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

تكابه به گوپره ي توانا وه لامى نهم پرسىارانهى خواره وه سه باره ت به تندرستى خوت به ته واوى بده ره وه.
وه لامه كانه نه كه ونه خانه نه هينى پزيشك و پاراستنى زانبارى كه سايه تى و به متمانه يى مامه له له گه ل ده كريت.
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.

<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	دووكيانيت؟ Besteht eine Schwangerschaft? ئه گهه به لى ئه وه مانگى چهنده؟ Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	دل - / نه خووشى سوورانه وه ي خوين Herz-/Kreislaufkrankung
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى مه ياندنى خوين Blutgerinnungsstörungen
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	فئ ليهاتن (صه ره ع . ئيپيليكسى) Anfallsleiden (Epilepsi)
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	هه ناسه گيرى (ناسما) Asthma/Lungenerkrankungen
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	له هوش چون Ohnmachtsanfälle
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى شه كر (شه كهه، دياپيتس) Diabetes/Zuckerkrankheit
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى جگهه (هنيپاتيس) Lebererkrankung/Hepatitis
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى گورچيله Nierenerkrankungen
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	بادارى (نازارى جومگه- روماتيزم) Rheuma/Arthritis
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى نه لگ (غده ده ره قيه) Schilddrüsenerkrankung
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى كانى سى Tuberkulose
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	دابه زنى توانا كوئندامى به رگرى لهش (نايدس) HIV-Infektion/Stadium AIDS
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	نه خووشى كه زور بلاوده بنه وه، وه كو باكتيريا (مارسا) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	به كار هينانى ماده يى هوشبهر Drogenabhängigkeit
			<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	جگاره كيشى Raucher

هه ستوكى (حه ساسيه ت) دژ به:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	- ده زرى ده رمانى هوشبهرى Lokalanästhesie/Spritzen
<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	- دژه چلك (نانتى بيوتيك) Antibiotika
<input type="checkbox"/> نا nein	<input type="checkbox"/> به لى ja	- ده رمانى نازار Schmerzmittel
		- هيت (هه.ت.د.) Andere:

نا بەلى
nein ja

نايه پښتر لاي پزېشكى دان وښه پى سونهر بوت گپراوه يان نا؟

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ئەگەر بەلى - كەى؟

Wenn ja, wann?

نا بەلى
nein ja

نايه له بهر پيدانى (دان هه لکه ندىن) زه حمه تى ئه پىنى له كاتى خواردن جوين

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

نا بەلى
nein ja

نايه چوى لاي پزېشكى گشتى؟

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ئەگەر بەلى ، ئه وه لاي كام پزېشك:

Wenn ja, bei welchem Arzt?

له كه يه وه

seit

نايه به بهرده وامى هيچ ده رمانىك نه بهى (ده خوى) ؟ يان ئىستا؟

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... شون له بهروارى (ئىمزه).....
Ort, den Unterschrift:

Формулар за податоци на пациентот

Patientenerhebungsbogen

Презиме: Familiename:	_____	Име: Vorname:	_____
Датум на раѓање: Geburtsdatum:	_____	Државјанство: Staatsangehörigkeit:	_____
Држава / место на раѓање: Herkunftsland/-ort:	_____		
Јазичи: Sprachkenntnisse:	_____		

Само кај малолетни лица старателот

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Презиме: Familiename:	_____	Име: Vorname:	_____
Датум на раѓање: Geburtsdatum:	_____	Државјанство: Staatsangehörigkeit:	_____

Контактни податоци

Kontaktdaten

Телефонски / мобилен број: Telefon-/Handynummer:	_____
Е-маил:	_____
Моментална адреса (ул./бр./место): Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):	_____
Телефонски број на преведувачот / толкувачот: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:	_____

Ве молиме одговорете ги следните прашања во врска со Вашата здравствена состојба што поточно можете! Податоците подлежат на лекарскиот завет за молчење и на одредбите за заштитата на податоците и ќе бидат обработени строго доверливо.

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.

Заболувања на срце / крвоток Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein	Дали постои бременост? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
Пречки на згрутчување на крвта Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Ако да, во кој месец? Wenn ja, in welchem Monat?	.....	месец Monat
Тегоби со напади (епилепсија) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Останати заболувања: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Астма/заболување на белите дробови Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....	
Напади на несвестица Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....	
Дијабетес/шеќерна болест Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....	
Болести на црн дроб/хепатитис Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....	
Заболување на бубрези Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....	
Реума/артритис Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....	
Болести на штитна жлезда Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Алергии односно неподносливости: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Туберкулоза Tuberkulose	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Локална анестезија/инекции Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
ХИВ-инфекција/стадиум СИДА HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Антибиотици Antibiotika	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Инфективни болести (на пр. МРСА) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Лекарства против болки Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Зависност од дроги Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Други: Andere:	.....
Пушач Raucher	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не			

Дали кај Вас се веќе направени заболкарски рентгентски снимки?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

да не
ja nein

Ако да, тогаш кога?

Wenn ja, wann?

Дали заради недостатокот на заби имате проблеми со цвакањето?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

да не

Дали веќе сте биле кај општ лекар?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

да не

Ако да, кај кој лекар?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Кои лекови ги зимате редовно односно во моментов?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... од.....
seit

..... од

..... од

....., од

, den

Потпис:

Unterschrift:

10. (montenegrinisch)

Formular za podatke o pacijentu Patientenerhebungsbogen

Prezime:

Familiennamenname: _____

Datum rođenja:

Geburtsdatum: _____

Zemlja i mjesto rođenja:

Herkunftsland/-ort: _____

Jezici na kojima se porazumjeva:

Sprachkenntnisse: _____

Ime:

Vorname: _____

Državljanstvo:

Staatsangehörigkeit: _____

Samo kod maloljetnika: Ovlašćeni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime:

Familiennamenname: _____

Datum rođenja:

Geburtsdatum: _____

Ime:

Vorname: _____

Državljanstvo:

Staatsangehörigkeit: _____

Podaci za kontakt

Kontaktdaten:

Broj telefona (mobitela):

Telefon-/Handynummer: _____

E-pošta:

E-Mail: _____

Adresa (ulica/kućni broj/mjesto):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Broj telefona tumača

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Šta tačnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi sa Vašim zdravstvenim stanjem! Podaci podliježu liječničkoj obavezi o povjerljivosti i propisima zaštite podataka i biće korišćeni strogo povjerljivo.

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.

Srčana bolest/ oboljenje cirkulatornog sistema da ne

Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Smetnje sa krvnim sudovima da ne

Blutgerinnungsstörungen

Napadaji (epilepsija) da ne

Anfallsleiden (Epilepsi)

Astma/plućne bolesti da ne

Asthma/Lungenerkrankungen

Nesvjestica da ne

Ohnmachtsanfälle

Dijabetes/šećerna bolest da ne

Diabetes/Zuckerkrankheit

Bolest jetre/hepatitis da ne

Lebererkrankung/Hepatitis

Bubrežne bolesti da ne

Nierenerkrankungen

Reuma/artritis da ne

Rheuma/Arthritis

Bolest štitnjače da ne

Schilddrüsenerkrankung

Tuberkuloza da ne

Tuberkulose

HIV-infekcija/stadij AIDS-a da ne

HIV-Infektion/Stadium AIDS

Infekcijske bolesti (npr. MRSA) da ne

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Ovisnost o drogama da ne

Drogenabhängigkeit

Pušač da ne

Raucher

Da li ste trudni?

da ne

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Ako da, u kojem mjesecu?

.....mjesec

Wenn ja, in welchem Monat?

Monat

Druge bolesti:

da ne

Sonstige Erkrankungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Alergije ili netolerancije:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalna anestezija/inekcije

da ne

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotici

da ne

Antibiotika:

Sredstva protiv bolova

da ne

Schmerzmittel:

Drugo:

Andere:

Da li su na Vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Da li imate problema sa žvakanjem jer nemate sve zube?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Da li ste već bili kod doktora opšte medicine?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kog?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje medikamente uzimate redovno, odnosno, u ovom trenutku?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od
..... seit
..... od
..... od

....., datum:
....., den

Potpis:
Unterschrift:

پرسشنامه بیماران Patientenerhebungsbogen

نام خانوادگی: نام:
 Familienname: Vorname:

تاریخ تولد: تابعیت:
 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

کشور مبدا / محل (شهر):
 Herkunftsland/-ort:

فقط برای افراد زیر سن قانونی
 Nur bei Minderjährigen:
قیم بچه یا شخص صاحب حقوق حضانت
 Erziehungsberechtigter

نام خانوادگی: نام:
 Familienname: Vorname:

تاریخ تولد: تابعیت:
 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

تماس

Kontaktdaten

شماره تلفن یا موبایل (سیار):
 Telefon-/Handynummer:

آدرس ایمیل:
 E-Mail:

آدرس فعلی (کتابخانه/شماره/شهر):
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

شماره تلفن مترجم (K) (در ب) کم + مترجم باشد:
 Telefon-Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

تذکره: سوابق زیر را را 1* بو 12 مزه K* آلود د/ی. *واب دهید. این اط56ات فحت محرمانه) بودن اط56ات#زشد K میباشد و شدیداً محرمانه) با K ممانه.

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.

<p>آیا حامله هستید؟ (ب) <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> ja nein</p> <p>Besteht eine Schwangerschaft?</p> <p>ماه Monat</p> <p>در (ب) در (< ماهه؟ Wenn ja, in welchem Monat?</p> <p>سایر بیماریهای دیگر: Sonstige Erkrankungen?</p> <p>(ب) <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> ja nein</p>	<p>بیماریهای قلب و بیماری های گردش خون Herz-/Kreislaufkrankung</p> <p>(ب) <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> ja nein</p> <p>اختلالات انعقاد خون Blutgerinnungsstörungen</p> <p>(ب) <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> ja nein</p> <p>اختلالات تشنج (رع) Anfallsleiden (Epilepsie)</p> <p>آسم / بیماری های ریوی Asthma/Lungenerkrankungen</p> <p>شش Ohnmachtsanfälle</p> <p>(ب) <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> ja nein</p> <p>دیابت/ بیماری آند Diabetes/Zuckerkrankheit</p> <p>(ب) <input type="checkbox"/> (ب) <input type="checkbox"/> ja nein</p> <p>بیماری های کبد/ التهابیت Lebererkrankung/Hepatitis</p>
---	--

آلرژی یا عدم تحمل:
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

بی‌هوشی محکم / تزریق
Lokalanästhesie/Spritzen:

آنتی‌بیوتیک + ها
Antibiotika:

داروهای مسکن
Schmerzmittel:

آرژهای دیگر.....
Andere:

آری (ب)
nein ja

آری (ب)
nein ja

آری (ب)
nein ja

آری (ب)
nein ja

آری (ب)
nein ja

آری (ب)
nein ja

آری (ب)
nein ja

بیماری کیوی
Nierenerkrankungen:

روماتیسم/آرتریت
Rheuma/Arthritis:

بیماری های تیروئید
Schilddrüsenerkrankung:

مرض سل
Tuberkulose:

5فوئت اچ آی وی/بیماری ایدز
HIV-Infektion/Stadium AIDS:

بیماری های 5فوئت (بغضون عقال ام آر اس آ)
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

آسیاد بمواد مخدره
Drogenabhängigkeit:

سیجاری
Raucher:

آری (ب)
nein ja

آیا فابحال از & + های شما رادیولوژی کرده؟
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
آیا شما بعث 5دم دندان فابحال در مو' 1* ویدن دارید؟
Wenn ja, wann?

آری (ب)
nein ja

آیا فابحال فحمت معاینه/بازشد + مفاص (ص امراض 5مومک بوده اید؟
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

آری (ب) آزد کدام فابحال شد + بودید؟
Wenn ja, bei welchem Arzt?

..... از تاریخ
seit
..... از تاریخ
..... از تاریخ

< دارو KA را در حال حاضر ب (ورت KA یا دوره ای م (رف می آید
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... ام 2ء
, den

..... محل
..... ، تاریخ
Unterschrift:

12. (romani)

Pucibe ko Pazienti

Patientenerhebungsbogen

Familiakoro Anaw: _____ Familiennamen:	Anaw: _____ Vorname:
Bijando diwe: _____ Geburtsdatum:	Drzawlanstwo: _____ Staatsangehörigkeit:
Bijando tan: _____ Herkunftsland/-ort:	
Koja Shib djaneja: _____ Sprachkenntnisse:	

Samo aso Maloletna Maksimija: E shaworengere Roditelija

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Familiakoro Anaw: _____ Familiennamen:	Anaw: _____ Vorname:
Bjando diwe: _____ Geburtsdatum:	Drzawnanstwo: _____ Staatsangehörigkeit:

Kontaktija

Kontaktdaten

Telefon-/ Handy broj: _____
Telefon-/Handynummer:

E-Mail: _____
E-Mail:

Adresa ko Momenti: _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Telefon broj e Tumacesoro: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Samolinaja tumen te odgworinan akawa Pucibe so shaj po tacno ! Tumare odgworija i tale kotar o Doktoro zakonski sastitime hem na isminena te den pe jawerende. Tumaro Doktoro na isminela te del akala odgworija jawerenge te diken ja te citinen.

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.

Srze/ naswalipe kotar so pirela o Rat <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Herz-/Kreislauferkrankung ja nein	Inan Kamni ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Dali dobineja Zrnija ko Rat <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Blutgerinnungsstörungen	Ako da, sawo Masek ?Masek Wenn ja, in welchem Monat? Monat
Napad (Epilepsija) <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Anfallsleiden (Epilepsi)	Jos jawera Bolestija: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Sonstige Erkrankungen:
Asma/Naswalipe ko Kolin <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Asthma/Lungenerkrankungen	
Pereja ko Neswes <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Ohnmachtsanfälle	
Diabetes/Shekeri <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Diabetes/Zuckerkrankheit	
Naswalike ki Slezenka/Zutica <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Lebererkrankung/Hepatitis	
Naswalipe ko Bubrekiya <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Nierenerkrankungen	
Reuma/Atritis <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Rheuma/Arthritis	
Naswalipe ki Gusha <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Schilddrüsenerkrankung	Alergije ili. Na Podnesineja: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
Tuberkoloza <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Tuberkulose	Lupiwka jeke taneste/Inekzija <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Lokalanästhesie/Spritzen
HIV-Infekzija/Sida <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na HIV-Infektion/Stadium AIDS	Penizilin/Antibiotika <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Antibiotika
Zarazno bolest (primer MRSA) <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	Dukengere Hapija <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Schmerzmittel
Drogirashi <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Drogenabhängigkeit	Jawera: Andere:
Pushaci <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> na Raucher	

Kergape ki Tute Rengelsko Slike ki ti Wiliza ??

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da na
ja nein

Ako da, keda?

Wenn ja, wann?

Dali paro tuke te Camkere so falini tuke Danda?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da na

Inanle li ko Opsto Doktor?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da na

Ako da, sawe Doktoreste?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Same Tablete/Hapija upotrebineja redowno ili ko Momenti?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od
seit

..... od

..... od.....

....., diwe
, den

Potpis:
Unterschrift:

Formular za pacijente

Patientenerhebungsbogen

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____
Država/mesto rođenja: Herkunftsland/-ort:	_____		
Poznavanje jezika: Sprachkenntnisse:	_____		

Samo kod maloletnika: Staratelj

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____

Kontaktni podaci

Kontaktdaten

Broj telefona/mobilnog telefona:
Telefon-/Handynummer: _____

E-pošta:
E-Mail: _____

Sadašnja adresa (ul./ kuć. br. / mesto):
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Tel. br. prevodioca/tumača:
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Na sledeća pitanja o vašem zdravstvenom stanju odgovorite što tačnije! Kod podataka se primenjuju lekarska tajna i odredbe zaštite podataka i s njima se postupa strogo poverljivo.

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.

Bolest kardiovaskularnog sistema Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Jeste li možda trudni? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
Poremećaji zgrušavanja krvi Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ako da, u kom mesecu? Wenn ja, in welchem Monat?	.....mesec Monat	
Napadi (epilepsija) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostale bolesti: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Astma/plućne bolesti Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Napadi nesvestice Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Dijabetes/šećerna bolest Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Bolesti jetre/hepatitis Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Bolesti bubrega Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Reuma/artritis Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....	
Bolesti štitnjače Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Alergije, odnosno intolerancije: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Tuberkuloza Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Lokalna anestezija/injekcije Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Infekcija HIV-om/stadijum AIDS-a HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Antibiotik	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Zarazna bolest (npr. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Sredstva protiv bolova Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Zavisnost od droge Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostalo:		
Pušač Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Andere:		

Jeste li već radili stomatološke rendgenske snimke?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne
ja nein

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća kada jedete hranu zato što vam nedostaju zubi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Jeste li već bili kod lečnika opšte prakse?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kog lečnika?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje lekove uzimate redovno, odnosno u momentu?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od

seit

..... od

..... od

..... , dana

, den

Potpis:

Unterschrift:

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:

15. (usbekisch)

Bemor so'rovnomasi Patientenerhebungsbogen

Familiyasi: Familiennamen:	_____	Ismi: Vorname:	_____
Tug'ilgan sanasi: Geburtsdatum:	_____	Fuqaroligi: Staatsangehörigkeit:	_____
Qaysi davlat va joydan kelgan: Herkunftsland/-ort:	_____		
Til bilimlari: Sprachkenntnisse:	_____		

Faqat voyaga yetmaganlar uchun: Vasiy

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Familiyasi: Familiennamen:	_____	Ismi: Vorname:	_____
Tug'ilgan sanasi: Geburtsdatum:	_____	Fuqaroligi: Staatsangehörigkeit:	_____

Aloqa uchun ma'lumotlar

Kontaktdaten

Uy yoki qo'l telefoni raqami: _____
Telefon-/Handynummer:

E-mail: _____

Hozirda turar joyi
(ko'cha / uy raqami / shahar): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Tarjimonning telefon raqami: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Sog'ligingiz borasida berilayotgan quyidagi savollarga iloji boricha aniq javob bering! Siz berayotgan ma'lumotlar doktorlik siri va ma'lumotlar himoyasi qonun-qoidalariga muvofiq himoyalangani va qat'iy sir saqlanadi.

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.

Yurak yoki qon aylanishi Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ha ja	<input type="checkbox"/> yo'q nein	Siz homiladormisiz? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ha <input type="checkbox"/> yo'q ja nein
Qon quyulishining qiyinlashuvi Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Agar ha bo'lsa, nechanchi oyda? Wenn ja, in welchem Monat?	..... oy Monat
Tutqanoq (epilepsiya) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Boshqa kasalliklar: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ha <input type="checkbox"/> yo'q
Astma / o'pka kasalliklari Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	.....
Hushidan ketish Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	.....
Diabet / qand kasalligi Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	.....
Jigar kasalliklari / gepatit Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	.....
Buyrak kasalliklari Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	.....
Revmatizm (bod) / artrit Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	.....
Qalqonsimon bez kasalligi Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Allergiyalar yoki dorilarni bir biriga mos kelmasligi: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	
Sil kasalligi (tuberkulyoz) Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Qisman anesteziya / shprits Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ha <input type="checkbox"/> yo'q
OIV infeksiyasi / OIDS bosqichi HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Antibiotiklar Antibiotika	<input type="checkbox"/> ha <input type="checkbox"/> yo'q
Yuqumli kasalliklar (masalan MRSA, metitsillinga chidamli stafilokokklar) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Og'riqni qoldiruvchi vosita Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ha <input type="checkbox"/> yo'q
Giyohvand moddalar iste'moli Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Boshqa:	
Chekish Raucher	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q	Andere:	

Tish doktori muolajasi paytida rentgenga tushganmisiz?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ha yo'q
ja nein

Agar ha bo'lsa, qachon?

Wenn ja, wann?

Tishlaringiz yo'qligi sababli chaynashga qiynalasizmi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

ha yo'q

Umumiy amaliyot shifokoriga bordingizmi?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ha yo'q

Agar ha bo'lsa, qaysi doktorga?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Qaysi dorilarni muntazam yoki hozirda ichasiz (ishlatasiz)?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... dan beri
seit

..... dan beri

..... dan beri

..... ,

(joy va sana)

, den

Imzo:

Unterschrift: