(persisch)

**پرسشنامه برای درمان اورژانس در موقعی که مشکلات زبانی وجود داشته باشد.**

Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

تاریخ: ........................................

Datum:

بیمار(اسم و اسم فامیل): ........................................

Patient ( Vorname ):

تاریخ تولد: ........................................

Geburtsdatum:

خواهشمند است شما بسئوالات زیر جواب دهید:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

کجای فک شما درد میکند؟

Wo haben Sie Schmerzen?

فک بالا 🞏 طرف راست 🞏 طرف چپ 🞏 جلو 🞏 عقب 🞏

hinten vorne links rechts Oberkiefer

فک پائین 🞏 طرف راست 🞏 طرف چپ 🞏 جلو 🞏 عقب 🞏

hinten vorne links rechts Unterkiefer

چند روز است که احساس درد میکنید؟

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 🞏 2 🞏 3 🞏 بیش از 3 روز 🞏

mehr als 3 Tage 3 Tage 2 Tage 1 Tag

شدت درد را مشخص کنید:

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

 🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 🞏 6 🞏 7 🞏 8 🞏 9 🞏 10

 (1= ضعیف، 10= بشدتی که قابل تحمل نیست) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

درد بچه صورتی میباشد؟

Beschreiben Sie den Schmerz:

کسل کننده 🞏 تند 🞏 ضربه زدنه 🞏 گاه گاهی 🞏 همیشه 🞏

ununterbrochen zeitweise klopfend stechend dumpf

ایا فک شما ورم کرده؟(آبسه، تجمع چرک) 🞏 بله 🞏 خیر

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

چند روز است که فک شما ورم کرده؟

Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

1 🞏 2 🞏 3 🞏 بیش از 3 روز 🞏

…mehr als 3 Tage ……3 Tage 2 Tage 1 Tag

آیا دوائی مصرف میکنید: 🞏 بله 🞏 خیر

nein ja Nehmen Sie Medikamente?

آیا ان دوا همراهتان میباشد؟ 🞏 بله 🞏 خیر

nein ja Haben Sie Medikamente dabei?

مسکن درد 🞏 بله 🞏 خیر اگر بله نام دوا......................................

Wenn ja, welche? nein ja Schmerztabletten?

انتی بیوتیک 🞏 بله 🞏 خیر اگر بله نام دوا......................................

Wenn ja, welche? nein ja Antibiotika?

رقیق کننده خون 🞏 بله 🞏 خیر اگر بله نام دوا......................................

Blutverdünner? Wenn ja, welche? nein ja

اقدامات لازمه

Notwendige Maßnahmen

**این قسمت بوسیله دکتر دندانپزشک پر میشود**

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

من قصد دارم این اقدامات را انجام دهم:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

عکسبرداری(رادیوگرفی) 🞏

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

دندان باید کشیده شود 🞏

Zahn muss gezogen werden

دندان باید پر شود 🞏

Zahn benötigt eine Füllung

دندان احتیاج به معالجه ریشه دندان را دارد 🞏

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

تزریق بی حس کننده 🞏

Betäubungsspritze für den Zahn

آبسه را باید باز کرد 🞏

Abszess muss aufgeschnitten werden

من سئوال دیگری از دکتر ندارم و با اقدامات بالا که با × مشخص شده موافقم. 🞏 بله 🞏 خیر

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

die mit X gekennzeichnet sind, einverstanden. ja nein

امضاء بیمار......................................................................................

chrift PatientUnters



ملاقات دیگری جهت معالجه جهت کنترل لازم میباشد.

مهر مطب

Praxisstempel

Ein weiterer 🞏 Behandlungstermin/ 🞏 Kontrolltermin ist nötig.

خواهشمند است در تاریخ.......................درساعت................ دوباره به مطب مراجعه فرمائید.

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

انتقال به جراح دهان-، فک- و صورت

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

تذکرات: خواهشمند است برای جلسه آینده یکنفر را همراه خود بیاورید که بزبان المانی تسلط داشته باشد.

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

جلسات دیگری جهت معالجه لازم میباشد که مخارج آن متأسفانه مطابق قانون پناهندگان پرداخت نمیشود

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

اگر تا بحال ورقه قبول مخارج معالجه را نیاورده اید خواهشمند است که در جلسه آینده این ورقه را با خود بیاورید.

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