**Patientenerhebungsbogen** (griechisch)

 **Ερωτηματολόγιο ασθενούς**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Στοιχεία επικοινωνίας ασθενούς** |  |
| Familienname: | Επώνυμο: |  |
| Vorname: | Όνομα: |  |
| Straße/Hausnummer: | Διεύθυνση: |  |
| PLZ/Wohnort: | Διεύθυνση: |  |
| Geburtsdatum: | Ημ. Γέννησης: |  |
| Versichertenstatus: | Κατηγορία στην οποία ανήκει το ασφαλισμένο άτομο: |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Τα επτά ακόλουθα στοιχεία είναι προαιρετικά!** |
| Telefonnummer (privat): | Τηλέφωνο (ιδιωτ.): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Τηλέφωνο (κιν.): |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Επάγγελμα: |  |
| Hausarzt/Name: | Οικογενειακός γιατρός / Όνομα: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Οικογενειακός γιατρός / Διεύθυνση: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Οικογενειακός γιατρός / Τηλέφωνο: |  |

**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.

**Παρακαλούμε να απαντήσετε όσο το δυνατόν ακριβέστερα στις ακόλουθες ερωτήσεις!** Τα στοιχεία υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο και στις διατάξεις προστασίας προσωπικών δεδομένων και ο χειρισμός τους γίνεται απόλυτα εμπιστευτικά.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Καρδιακές παθήσεις/παθήσεις κυκλοφορικού** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Υψηλή πίεση | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Niedriger Blutdruck: | Χαμηλή πίεση | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Herzklappenfehler: | Βαλβιδοπάθεια | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Herzklappenersatz: | Αντικατάσταση βαλβίδας | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Herzschrittmacher: | Βηματοδότης | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Endokarditis: | Ενδοκαρδίτιδα | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Herzoperation: | Εγχείρηση καρδιάς | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Βαριά ουδετεροπενία | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Κυστική ίνωση | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Organtransplantiert: | Μεταμόσχευση οργάνου | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Stammzellentransplantiert: | Μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Μολυσματικές νόσοι** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | Μόλυνση από ιό ΗΙV/στάδιο AIDS | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Παθήσεις ήπατος/ηπατίτιδα | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Tuberkulose: | Φυματίωση | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| MRSA: | Άλλες μολυσματικές ασθένειες | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Νόσος Creutzfeld-Jakob (CJD)/Νέα παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob (vCJK) | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Άλλες παθήσεις** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Κρίσεις (επιληψία) | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Άσθμα / πνευμονολογικές παθήσεις | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Blutgerinnungsstörungen: | Διαταραχές πήξης αίματος | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Σάχκαρο/σακχαρώδης διαβήτης | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Drogenabhängigkeit: | Εξάρτηση από ναρκωτικά | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Nervenerkrankung: | Νευρολογικές παθήσεις | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Nierenerkrankungen: | Νεφρολογικές παθήσεις | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Ohnmachtsanfälle: | Κρίσεις λιποθυμίας | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Osteoporose Erkrankung: | Οστεοπόρωση | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Raucher: | Καπνιστής | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Rheuma/Arthritis: | Ρευματισμοί/αρθρίτιδα | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Schilddrüsenerkrankung: | Πάθηση θυρεοειδούς | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Sonstige Erkrankungen: | Άλλες παθήσεις |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Αλλεργίες ή δυσανεξίες** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Τοπική νάρκωση/ενέσεις | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Antibiotika: | Αντιβιοτικά  | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Schmerzmittel: | Παυσίπονα | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Metalle/welche: | Μέταλλα: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Εγκυμοσύνη** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Υφίσταται εγκυμοσύνη; | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Εάν ναι, σε ποιόν μήνα; | Monat:Mjesec: |  |
| **Röntgen** | **Ακτινογραφίες** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Έχετε κάνει ποτέ οδοντιατρικές ακτινογραφίες; | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
| Wenn ja, wann? | Εάν ναι, πότε; | Monat/Jahr:Mjesec/godina: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Λήψη φαρμάκων** |  |  |
| Welche Medikamente: | Ποια φάρμακα  | seit/από: |  |
| Weitere Medikamente: | Άλλα φάρμακα | seit/από: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Παίρνετε διφωσφονικά; | 🞏 ja/ναι  | 🞏 nein/όχι |
|  |  | seit/από: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Υποβάλλεστε σε χημειοθεραπεία; | 🞏 ja/ναι | 🞏 nein/όχι |
|  |  | seit/από: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Υποβάλλεστε σε ακτινοβολίες λόγω καρκίνου; | 🞏 ja/ναι  | 🞏 nein/όχι |
|  |  | seit/από: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Παίρνετε στεροειδή / ανοσοκατασταλτικά σε υψηλή δοσολογία; | 🞏 ja/ναι  | 🞏 nein/όχι |
|  |  | seit/από: |  |
| Datum/Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Έχετε υποβληθεί σε μεγάλες εγχειρήσεις στο νοσοκομείο; | 🞏 ja/ναι  | 🞏 nein/όχι |
|  |  | Datum/Ημερομηνία:  |

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Είμαι σύμφωνος/-η με τη λήψη πληροφοριών από εταιρείες πιστωτικής προστασίας ή γραφεία πιστοληπτικής αξιολόγησης σχετικά με τη δανειοληπτική ικανότητά μου σε περίπτωση εκτενών οδοντιατρικών ή οδοντοτεχνικών εργασιών, για τις οποίες ο/η οδοντογιατρός μου πρέπει να προκαταβάλει ορισμένα ποσά στον οδοντοτεχνίτη.

□ ja/ναι □ nein/όχι

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Συμφωνώ με την ηλεκτρονική αποθήκευση, επεξεργασία και χρήση των στοιχείων μου για καταχώρησή τους στο σύστημα Recall-System.

□ ja/ναι □ nein/όχι

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Υποχρεούμαι σε άμεση ενημέρωση σε περίπτωση μεταβολών καθ΄όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Πέραν τούτου υποχρεούμαι να τηρώ τις συμφωνηθείσες ημερομηνίες θεραπείας ή να ακυρώνω ραντεβού σε περίπτωση κωλύματος τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα. Γνωρίζω πως τα ραντεβού που δεν ακυρώθηκαν ή δεν ακυρώθηκαν εγκαίρως ενδέχεται να χρεωθούν.

............................................. , den ...................................... Unterschrift: .....................................................

............................................. , ........................................ Υπογραφή:........................................................