**Patientenerhebungsbogen** (serbisch)

 **Upitnik o zdravstvenom stanju pacijenta** (srpski)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Podaci o pacijentu** |  |
| Familienname: | Prezime: |  |
| Vorname: | Ime: |  |
| Straße/Hausnummer: | Ulica/broj: |  |
| PLZ/Wohnort: | Poštanski broj/grad: |  |
| Geburtsdatum: | Datum rođenja: |  |
| Versichertenstatus: | Status osiguranja: |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Unos sledećih sedam stavki nije obavezan!** |  |
| Telefonnummer (privat): | Broj telefona (kućni): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Broj telefona (mobilni): |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Zanimanje: |  |
| Hausarzt/Name: | Lekar opšte prakse/ime: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Lekar opšte prakse/broj telefona: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Lekar opšte prakse/adresa: |  |

**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.

**Molimo Vas da što tačnije odgovorite na sledeća pitanja o Vašem zdravlju!**

Podaci podležu obavezi čuvanja lekarske tajne i odredbama o Zaštiti podataka i njihova obrada je strogo poverljiva.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Bolesti srca/krvotoka** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Visok krvni pritisak: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Niedriger Blutdruck: | Nizak krvni pritisak: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzklappenfehler: | Oboljenja srčanih zalistaka: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzklappenersatz: | Zamena srčanih zalistaka: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzschrittmacher: | Pejsmejker: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Endokarditis: | Endokarditis: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Herzoperation: | Operacija srca: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Imunosuprimirani pacijenti** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Izražena neutropenija: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mukoviscidoza: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Organtransplantiert: | Transplantacija organa: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Stammzellentransplantiert: | Transplantacija matičnih ćelija: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Infektivne bolesti** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | HIV infekcija/AIDS stadijum: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Bolesti jetre/hepatitis: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Tuberkulose: | Tuberkuloza: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| MRSA: | MRSA: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Krojcfeld-Jakobova bolest/nova varijanta Krojcfeld-Jakobove bolesti: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Ostale bolesti** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Epilepsija: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Astma/bolesti pluća: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Blutgerinnungsstörungen: | Poremećaj koagulacije krvi: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Dijabetes/šećerna bolest: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Drogenabhängigkeit: | Zavisnost od droge: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Nervenerkrankung: | Bolest nerava: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Nierenerkrankungen: | Bolesti bubrega: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Ohnmachtsanfälle: | Nesvestice: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporoza: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Raucher: | Pušač: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Rheuma/Arthritis: | Reuma/artritis: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Schilddrüsenerkrankung: | Bolest štitne žlezde: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Sonstige Erkrankungen: | Ostale bolesti: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Alergije, odnosno netolerancije** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Lokalna anestezija/injekcije | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Antibiotika: | Antibiotici: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Schmerzmittel: | Analgetici: | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Metalle/welche: | Metali/koji: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Trudnoća** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Da li ste trudni? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Ukoliko jeste, u kom mesecu? | Monat:Mesec: |  |
| **Röntgen** | **Rendgen** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Da li ste radili rendgenski snimak zuba/vilice? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
| Wenn ja, wann? | Ukoliko jeste, kada? | Monat/Jahr:Mesec/godina: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Upotreba lekova** |  |  |
| Welche Medikamente: | Koji lekovi: | seit/od: |  |
| Weitere Medikamente: | Ostali lekovi: | seit/od: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Uzimate li bifosfonate?  | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
|  |  | seit/od: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Da li primate hemoterapiju?  | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
|  |  | seit/od: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Da li ste na terapiji zračenjem zbog malignog oboljenja? | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
|  |  | seit/od: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Da li uzimate velike doze steroida/imunosupresive?  | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
|  |  | seit/od: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Da li ste imali operaciju?  | 🞏 ja/da | 🞏 nein/ne |
|  |  | Datum/Datum |  |

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.

Saglasan/na sam da kod većih stomatoloških ili protetičkih intervencija mora da se plati predujam, odnosno, da je u određenim slučajevima neophodna provera kod kreditnog biroa.

□ ja/da □ nein/ne

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

Saglasan/na sam sa elektronskim snimanjem, obradom i upotrebom mojih podataka za Recall-sistem.

□ ja/da □ nein/ne

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.

Obavezujem se da ću pravovremeno prijaviti sve promene koje nastanu tokom celog perioda lečenja.

Takođe, obavezujem se da ću se pridržavati dogovorenih termina, odnosno, da ću otkazati najmanje 24 sata pre zakazanog termina. Poznato mi je da se mogu naplatiti neotkazani termini, odnosno termini koji nisu blagovremeno otkazani.

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

............................................ , Datum ...................................... Potpis: ........................................................