**Patientenerhebungsbogen** (Spanisch)

 **Formulario para pacientes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Datos de contacto del paciente**  |  |
| Familienname: | Apellido |  |
| Vorname: | Nombre |  |
| Straße/Hausnummer: | Dirección |  |
| PLZ/Wohnort: | Dirección |  |
| Geburtsdatum: | Nacido el |  |
| Versichertenstatus: | Situación del asegurado |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Los siguientes siete datos de contacto son optativos** |
| Telefonnummer (privat): | Teléfono (privado) |  |
| Telefonnummer (mobil): | Teléfono (móvil) |  |
| E-Mail: | Email |  |
| Beruf: | Profesión |  |
| Hausarzt/Name: | Médico de cabecera: Apellido |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Médico de cabecera: Teléfono |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Médico de cabecera: Dirección |  |

**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.

**¡Rogamos conteste lo más exactamente posible a las siguientes preguntas relativas a su estado de salud!** Las especificaciones están sometidas al secreto médico y a las disposiciones de la protección de datos y serán tratadas absolutamente confidenciales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Enfermedades cardiocirculatorias** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Alta tensión | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Niedriger Blutdruck: | Baja tensión | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzklappenfehler: | Defecto valvular | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzklappenersatz: | Válvula cardiaca artificial | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzschrittmacher: | Marcapasos | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Endokarditis: | Endocarditis | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Herzoperation: | Operación del corazón | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Pacientes inmunodeprimidos** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Neutropenia de alto grado | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mucoviscidosis | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Organtransplantiert: | Órganos trasplantados | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Stammzellentransplantiert: | Células germinales trasplantadas | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Enfermedades infecciosas** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | Infección por VIH/Estado SIDA | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Enfermedades hígado/Hepatitis | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Tuberkulose: | Tuberculosis | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| MRSA: | MRSA | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)/ Nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJv) | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Otras enfermedades** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Ataques (epilepsia) | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Asma/Enfermedades pulmonares | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Blutgerinnungsstörungen: | Defectos de la coagulación sanguínea | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diabetes | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Drogenabhängigkeit: | Drogadicción | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Nervenerkrankung: | Enfermedad nerviosa | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Nierenerkrankungen: | Enfermedad de los riñones | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Ohnmachtsanfälle: | Desmayos | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Osteoporose Erkrankung: | Osteoporosis | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Raucher: | Fumador | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Rheuma/Arthritis: | Reuma/Artritis | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Schilddrüsenerkrankung: | Enfermedad de la glándula tiroides | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Sonstige Erkrankungen: | Otras enfermedades: |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Alergias o intolerancias** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Anestesia local/Inyecciones | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Antibiotika: | Antibióticos | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Schmerzmittel: | Analgésicos | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Metalle/welche: | Metales: |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Embarazo** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | ¿Está embarazada? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Si es así, ¿de qué mes? | Monat:Mes |  |
| **Röntgen** | **Radiografía** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | ¿Se le han hecho ya radiografías adicionales de los dientes? | 🞏 ja/si | 🞏 no/nein |
| Wenn ja, wann? | Si es así, ¿cuándo? | Monat/Jahr:Mes/año |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Toma de medicamentos** |  |  |
| Welche Medikamente: | ¿Qué medicinas:  | seit/desde |  |
| Weitere Medikamente: | Otras medicinas: | seit/desde |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | ¿Toma bisfosfonatos? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/desde |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | ¿Realiza una quimioterapia medicamentosa? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/desde |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | ¿Realiza una radioterapia porque padece de cáncer? | 🞏 ja/si | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/desde |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | ¿Toma esteroides de alta dosificación/Inmunosupresores? | 🞏 ja/si  | 🞏 nein/no |
|  |  | seit/desde |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | ¿Se le han hecho operaciones mayores en el hospital? | 🞏 ja/si  | 🞏 nein/no |
|  |  | Datum/Fecha |  |

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.

Estoy de acuerdo que para las prestaciones odontológicas o protésicas que mi odontólogo/odontóloga tenga que abonar por anticipado se consulte a una institución protectora de créditos o a una agencia de informes sobre la solvencia, en caso de que fuere necesario.

□ ja/si □ nein/no

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

Declaro estar de acuerdo con que se almacenen, procesen y aprovechen mis datos para ser incluidos en el sistema Recall.

□ ja/si □ nein/no

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.

Me obligo a comunicar de inmediato todos los cambios que tengan lugar durante todo el período terapéutico.

Me obligo igualmente a observar las fechas del tratamiento acordadas o bien a anular la fecha acordada como mínimo 24 horas antes. Sé que si no anulo o bien no anuló a tiempo las fechas acordadas, se me pondrán poner en factura.

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

............................................. , a ...................................... Firma: .................................................................