

3. (englisch)

Patient questionnaire

Patientenerhebungsbogen

Last name: _____
 Familienname: _____
Date of birth: _____
 Geburtsdatum: _____
Country/place of origin: _____
 Herkunftsland/-ort: _____
Language skills: _____
 Sprachkenntnisse: _____

First name: _____
 Vorname: _____
Nationality: _____
 Staatsangehörigkeit: _____

Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Last name: _____
 Familienname: _____
Date of birth: _____
 Geburtsdatum: _____

First name: _____
 Vorname: _____
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 ☐ yes ☐ no
 Herz-/Kreislauferkrankung ja nein

Blood coagulation (clotting) disorder ☐ yes ☐ no
 Blutgerinnungsstörungen

Seizure disorders (epilepsy) ☐ yes ☐ no
 Anfallsleiden (Epilepsi)

Asthma/lung diseases ☐ yes ☐ no
 Asthma/Lungenerkrankungen

Fainting ☐ yes ☐ no
 Ohnmachtsanfälle

Diabetes ☐ yes ☐ no
 Diabetes/Zuckerkrankheit

Liver disease / hepatitis ☐ yes ☐ no
 Lebererkrankung/Hepatitis

Kidney diseases ☐ yes ☐ no
 Nierenerkrankungen

Rheumatism/arthritis ☐ yes ☐ no
 Rheuma/Arthritis

Thyroid disease ☐ yes ☐ no
 Schilddrüsenerkrankung

Tuberculosis ☐ yes ☐ no
 Tuberkulose

HIV infection / AIDS stage ☐ yes ☐ no
 HIV-Infektion/Stadium AIDS

Infectious diseases (e.g. MRSA) ☐ yes ☐ no
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Drug addiction ☐ yes ☐ no
 Drogenabhängigkeit

Smoker ☐ yes ☐ no
 Raucher

Are you pregnant? ☐ yes ☐ no
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
If so, in which month?month
 Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Other illnesses: ☐ yes ☐ no
 Sonstige Erkrankungen

.....

Allergies or intolerances:
 Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
Local anaesthesia/injections ☐ yes ☐ no
 Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotics ☐ yes ☐ no
 Antibiotika

Pain killers ☐ yes ☐ no
 Schmerzmittel

Other:
 Andere:

Have you already had dental X-rays made?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

☐ yes ☐ no
ja nein

If so, when?

Wenn ja, wann?

Do you have difficulty chewing due to missing teeth?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

☐ yes ☐ no

Have you already been to a general practitioner?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

☐ yes ☐ no

If so, what is the physician's name?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Which medications do you take on a regular basis or are you taking right now?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... since
seit
..... since
..... since

Place....., Date.....
den

Signature:.....
Unterschrift: