

Patientenerhebungsbogen (russisch)
Анкета пациента

Patientenkontaktdaten	Контактные данные пациента	
Familienname:	Фамилия	
Vorname:	имя	
Straße/Hausnummer:	адрес	
PLZ/Wohnort:	адрес	
Geburtsdatum:	Дата рожд	
Versichertenstatus:	Статус застрахованного лица:	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	Семь пунктов ниже заполняются на добровольной основе!	
Telefonnummer (privat):	Домашний тел	
Telefonnummer (mobil):	Номер телефона (мобильный):	
E-Mail:	Email	
Beruf:	Должность	
Hausarzt/Name:	Ф.И.О. домашнего врача	
Hausarzt/Telefonnummer:	Тел.	
Hausarzt/Anschrift:	Адрес	

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.

Пожалуйста, ответьте на нижеследующие вопросы о состоянии Вашего здоровья как можно точнее! На эти данные распространяется обязанность сохранения врачебной тайны и положения закона о защите данных, они обрабатываются строго конфиденциально.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Сердечно-сосудистые заболевания		
Hoher Blutdruck:	Повышенное кровяное давление	o ja/да	o nein/нет
Niedriger Blutdruck:	Пониженное кровяное давление	o ja/да	o nein/нет
Herzklappenfehler:	Клапанный порок сердца	o ja/да	o nein/нет
Herzklappenersatz:	Протез сердечного клапана	o ja/да	o nein/нет
Herzschrittmacher:	Кардиостимулятор	o ja/да	o nein/нет
Endokarditis:	Эндокардит	o ja/да	o nein/нет
Herzoperation:	Операция на сердце	o ja/да	o nein/нет
Immunsupprimierte Patienten	Пациенты со сниженным иммунитетом		
Hochgradige Neutropenie:	Выраженная нейтропения	o ja/да	o nein/нет
Mukoviszidose-Erkrankung:	Муковисцидоз	o ja/да	o nein/нет
Organtransplantiert:	Имеется пересаженный орган	o ja/да	o nein/нет
Stammzellentransplantiert:	Были пересажены стволовые клетки	o ja/да	o nein/нет
Infektiöse Erkrankungen	Инфекционные заболевания		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	ВИЧ-инфекция/стадия СПИДа	o ja/да	o nein/нет

Lebererkrankung/Hepatitis:	Заболевание печени/гепатит	o ja/да	o nein/нет
Tuberkulose:	Туберкулез	o ja/да	o nein/нет
MRSA:	MRSA	o ja/да	o nein/нет
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeld- Jakob-Krankheit (vCJK):	Болезнь Крейтцфельда-Якоба (CJK)/ Новый вариант болезни Крейтцфельда-Якоба (vCJK)	o ja/да	o nein/нет

Sonstige Krankheitsbilder	Прочие заболевания		
Anfallsleiden (Epilepsie):	Эпилепсия	o ja/да	o nein/нет
Asthma/Lungenerkrankung:	Астма/заболевания легких	o ja/да	o nein/нет
Blutgerinnungsstörungen:	Нарушения свертываемости крови	o ja/да	o nein/нет
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Диабет	o ja/да	o nein/нет
Drogenabhängigkeit:	Наркозависимость	o ja/да	o nein/нет
Nervenerkrankung:	Нервное заболевание	o ja/да	o nein/нет
Nierenerkrankungen:	Заболевания почек	o ja/да	o nein/нет
Ohnmachtsanfälle:	Обмороки	o ja/да	o nein/нет
Osteoporose Erkrankung:	Остеопороз	o ja/да	o nein/нет
Raucher:	Курение	o ja/да	o nein/нет
Rheuma/Arthritis:	Ревматизм/артрит	o ja/да	o nein/нет
Schilddrüsenerkrankung:	Заболевание щитовидной железы	o ja/да	o nein/нет
Sonstige Erkrankungen:	Иные заболевания		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Аллергии/непереносимости		
Lokalanästhesie/Spritzen:	Местная анестезия/уколы	o ja/да	o nein/нет
Antibiotika:	Антибиотики	o ja/да	o nein/нет
Schmerzmittel:	Обезболивающие	o ja/да	o nein/нет
Metalle/welche:	Металлы:		
Schwangerschaft	Беременность		
Besteht eine Schwangerschaft?	Имеется ли беременность?	o ja/да	o nein/нет
Wenn ja, in welchem Monat?	Если да, какой месяц?	Monat: месяц	
Röntgen	Рентгенологические исследования		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Вам уже делали стоматологические рентгеновские снимки?	o ja/да	o nein/нет
Wenn ja, wann?	Если да, то когда?	Monat/Jahr: месяц/год	
Einnahme von Medikamenten	Принимаемые медикаменты		
Welche Medikamente:	Какие лекарства	seit/ с	
Weitere Medikamente:	Прочие медикаменты:	seit/ с	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Принимаете ли Вы бисфосфонаты?	o ja/да	o nein/нет
		seit/ с	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Проходите ли Вы медикаментозную химиотерапию?	o ja/да	o nein/нет
		seit/ с	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Приходите ли Вы лучевую терапию ракового заболевания?	o ja/да	o nein/нет

		seit/ с	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Принимаете ли Вы высокодозные стероиды / иммуносупрессоры?	o ja/да	o nein/нет
		seit/ с	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Проводили ли Вам серьезные операции в больнице?	o ja/да	o nein/нет
		Datum/Дата	

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	Есть ли у вас дополнительная стоматологическая страховка?	<input type="radio"/> ja/Да	<input type="radio"/> nein/Нет
--	---	-----------------------------	--------------------------------

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.

Я согласен, что в случае обширного стоматологического либо зубопротезного вмешательства, при котором мой стоматолог выплачивает аванс протезисту, в агентстве по защите от кредитного мошенничества либо в справочном агентстве может быть запрошена информация о моей кредитоспособности.

ja/да nein/нет

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

Я согласен с тем, что мои данные будут сохранены в электронном виде, обработаны и использованы для включения в систему вызова и оповещения.

ja/да nein/нет

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.

Я обязуюсь незамедлительно сообщать обо всех изменениях, произошедших в течение всего периода лечения. Наряду с этим я обязуюсь являться на прием в назначенное время либо сообщать о невозможности явки не позднее, чем за 24 часа до назначенного приема. Мне известно, что при отсутствии такого уведомления с моей стороны либо в случае несвоевременного уведомления мне может быть выставлен счет за прием.

....., den Unterschrift:

(место)....., (число) Подпись: