

**Patientenerhebungsbogen (russisch)
Анкета пациента**

Patientenkaktdaten	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 распространяются обязанность сохранения врачебной тайны и положения закона о защите данных, они обрабатываются строго конфиденциально.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Сердечно-сосудистые заболевания		
Hoher Blutdruck:	Повышенное кровяное давление	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Niedriger Blutdruck:	Пониженное кровяное давление	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Herzklappenfehler:	Клапанный порок сердца	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Herzklappenersatz:	Протез сердечного клапана	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Herzschriltmacher:	Кардиостимулятор	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Endokarditis:	Эндокардит	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Herzoperation:	Операция на сердце	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Immunsupprimierte Patienten	Пациенты со сниженным иммунитетом		
Hochgradige Neutropenie:	Выраженная нейтропения	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Mukoviszidose-Erkrankung:	Муковисцидоз	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Organtransplantiert:	Имеется пересаженный орган	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Stammzellentransplantiert:	Были пересажены стволовые клетки	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Infektiöse Erkrankungen	Инфекционные заболевания		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	ВИЧ-инфекция/стадия СПИДа	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Lebererkrankung/Hepatitis:	Заболевание печени/гепатит	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Tuberkulose:	Туберкулез	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
MRSA:	MRSA	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	Болезнь Кройцфельда-Якоба (CJK)/Новый вариант болезни Кройцфельда-Якоба (vCJK)	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет

Sonstige Krankheitsbilder		Прочие заболевания	
Anfallsleiden (Epilepsie):	Эпилепсия	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Asthma/Lungenerkrankung:	Астма/заболевания легких	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Blutgerinnungsstörungen:	Нарушения свертываемости крови	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Диабет	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Drogenabhängigkeit:	Наркозависимость	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Nervenerkrankung:	Нервное заболевание	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Nierenerkrankungen:	Заболевания почек	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Ohnmachtsanfälle:	Обмороки	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Osteoporose Erkrankung:	Остеопороз	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Raucher:	Курение	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Rheuma/Arthritis:	Ревматизм/артрит	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Schilddrüsenerkrankung:	Заболевание щитовидной железы	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Sonstige Erkrankungen:	Иные заболевания		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		Аллергии/непереносимости	
Lokalanästhesie/Spritzen:	Местная анестезия/уколы	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Antibiotika:	Антибиотики	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Schmerzmittel:	Обезболивающие	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
Metalle/welche:	Металлы:		
Schwangerschaft		Беременность	
Besteht eine Schwangerschaft?	Имеется ли беременность?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
		seit/ с	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Проходите ли Вы медикаментозную химиотерапию?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
		seit/ с	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Приходите ли Вы лучевую терапию ракового заболевания?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
		seit/ с	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Принимаете ли Вы высокодозные стероиды / иммуносупрессоры?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
		seit/ с	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Проводили ли Вам серьезные операции в больнице?	<input type="checkbox"/> ja/да	<input type="checkbox"/> nein/нет
		Datum/Дата	

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: