

استمارة حصر بيانات المريض

	الاسم:	Vorname:		الاسم العائلي:	Familienname:
	الجنسية:	Staatsangehörigkeit:		تاريخ الولادة:	Geburtsdatum:
				مكان الولادة (المدينة والدولة التي تنحدر منها):	Herkunftsland/-ort:
				اللغات التي تجيدها:	Sprachkenntnisse:
				في حالات القاصرين فقط: ولي الأمر:	Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter
	الاسم:	Vorname:		الاسم العائلي:	Familienname:
	الجنسية:	Staatsangehörigkeit:		تاريخ الولادة:	Geburtsdatum:
.....				للاتصال:	Kontaktdaten
				هاتف/هاتف جوال:	Telefon-/Handynummer:
				البريد الإلكتروني:	E-Mail:
				العنوان الحالي (الشارع/رقم الدار/المدينة)	Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):
				هاتف المترجم:	Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:
يرجى الرد على الأسئلة التالية بخصوص حالتكم الصحية بكل دقة! سيتم التعامل مع هذه البيانات وفقاً لأحكام كتمان السرية التي يخضع لها كل طبيب كما أنها تخضع لأحكام حماية البيانات وسوف يتم التعامل معها بسرية تامة.					
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.					

هل سبق وأن تم إجراء أشعة سينية للأسنان لديك؟ إن كان الجواب نعم، فمتى كان ذلك؟ هل تعاني من مصاعب في المضغ لفقدان أسنان؟ nein لا ☐ ja نعم ☐		Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann? Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?
منذseit منذ منذ		هل سبق لك وأن راجعت طبيباً أخصائياً بالطب العام؟ إن كان الجواب نعم فأني طبيب؟ ماهي الأدوية التي تتعاطها بصورة منتظمة أو بالأحرى حالياً؟ Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

المكان والتاريخ

Ort den

التوقيع

Unterschrift:.....