



## Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern

## Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern

### Begriffsbestimmung

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sieht auf Grundlage des Völkerrechts eine klare Trennlinie zwischen Menschen, die zur Flucht gezwungen sind (Flüchtlinge) und Menschen, die aus eigenem Antrieb ihr Land verlassen (Migranten). Laut Artikel 1a der Genfer Konvention ist ein Flüchtling eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalitätzugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“. Ob eine solche Verfolgung vorliegt, wird in einem Asylverfahren festgestellt. Dieses Asylverfahren wird in Deutschland durch das Asylverfahrensgesetz geregelt. Menschen, die einen Asylantrag gestellt haben, über den noch nicht entschieden wurde, werden als Asylbewerber bezeichnet.

Grundsätzlich können Asylgesuche an der Grenze oder im Inland gestellt werden. Die Asylbewerber werden dabei an die nächstgelegene Erstaufnahmeeinrichtung verwiesen. Die Verteilung hinsichtlich der Zuordnung zur zuständigen Erstaufnahmeeinrichtung wird mit Hilfe des Systems „EASY“ (Erstverteilung von Asylbegehrenden) vorgenommen. In der Außenstelle des Bundesamtes, die dieser Erstaufnahmeeinrichtung zugeordnet ist, stellt der Bewerber dann seinen Asylantrag. Die Zuteilung zu einer Erstaufnahmeeinrichtung hängt zum einen von der aktuellen Kapazität ab. Daneben spielt aber auch eine Rolle, in welcher Außenstelle des Bundesamtes das Heimatland des Asylsuchenden bearbeitet wird. Nicht jede Außenstelle bearbeitet jedes Herkunftsland. Zudem bestehen Aufnahmequoten für die einzelnen Bundesländer. Diese legen fest, welchen Anteil der Asylbewerber jedes Bundesland aufnehmen muss und werden nach dem sog. „Königsteiner Schlüssel“ festgesetzt. Er wird für jedes Jahr entsprechend der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Bundesländer berechnet.

Die Verteilungsquoten fallen für 2015 wie folgt aus:

<b>Bundesland</b>	<b>Quote</b>
Baden-Württemberg	12,97496
Bayern	15,33048
Berlin	5,04557%
Brandenburg	3,08092%
Bremen	0,94097%
Hamburg	2,52738%
Hessen	7,31557%
Mecklenburg-Vorpommern	2,04165%
Niedersachsen	9,35696%
Nordrhein-Westfalen	21,24052
Rheinland-Pfalz	4,83472%
Saarland	1,21566%
Sachsen	5,10067%
Sachsen-Anhalt	2,85771%
Schleswig-Holstein	3,38791%
Thüringen	2,74835%

Nach §62 des Asylverfahrensgesetzes ist eine Gesundheitsuntersuchung als vorgeschriebene Erstuntersuchung für Asylbewerber verpflichtend. Die ärztliche Untersuchung geschieht dabei im Hinblick auf übertragbare Erkrankungen, verbunden mit einer Röntgenuntersuchung zum Ausschluss einer vorhandenen Tuberkulose. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind der zuständigen Behörde mitzuteilen.

Flüchtlinge, die einen Antrag auf Asyl gestellt haben und damit als Asylbewerber gelten, haben Anspruch auf gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Dieses sieht verschiedene Regelungen für unterschiedliche Kategorien von Anspruchsberechtigten vor. Zunächst wird ganz generell für Leistungsberechtigte gem. § 1 AsylbLG (vgl. zu den Rechtsquellen **Anlage 1**) und im Grundsatz für Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und sich in einem noch laufenden Asylbewerbungsverfahren befinden, bestimmt, dass diese gem. § 4 AsylbLG Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände haben. Diese umfassen die erforderliche zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheit oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Eingeschränkt ist danach lediglich die Versorgung mit Zahnersatz dahin, dass darauf nur ein Anspruch besteht, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Soweit auf dieser Grundlage von Zahnärzten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erbracht werden, richten sich die Vergütungen hierfür gem. § 4 Abs. 3 Satz 3 AsylbLG nach dem am Ort der Niederlassung des Zahnarztes geltenden Gesamtvertrag gem. § 72 Abs. 2 SGB V. Dabei hat die zuständige Landesbehörde zu bestimmen, welcher Vertrag hierfür im Einzelnen Anwendung findet.

Bereits hieraus ergibt sich, dass es sich dabei grundsätzlich nicht um Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung handelt, da diese nicht unter Zugrundelegung des SGB V, sondern auf der Grundlage des AsylbLG erbracht werden. Zuständig für die Leistungsgewährung und damit auch die Abrechnung der Vergütungen für entsprechende zahnärztliche Leistungen sind daher grundsätzlich nicht die gesetzlichen Krankenkassen, sondern die gem. § 10 AsylbLG auf Landesebene bestimmten Behörden. In der Regel handelt es sich um die örtlichen Sozialämter. Die konkrete örtliche Zuständigkeit richtet sich dabei nach § 10a AsylbLG und damit regelmäßig nach dem gewöhnlichen Aufenthaltsort des Leistungsberechtigten. Dieser kann vom Zahnarzt in der Regel nicht unmittelbar überprüft werden. Der Leistungsträger und damit der Adressat der Vergütungsabrechnung muss sich daher in der Regel aus dem Dokument (z. B. Kranken- bzw. Behandlungsschein eines Sozialamtes, eGK usw.) ergeben, unter dessen Vorlage der Patient Leistungsansprüche geltend macht.

Von dieser Grundregelung ergeben sich Einschränkungen aus § 1a AsylbLG für bestimmte Gruppen von Leistungsberechtigten. Dabei handelt es sich um Personen die aus von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen verhindert haben und für die Leistungen nach dem AsylbLG nur dann bestehen, soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist.

Wiederum abweichende Bestimmungen ergeben sich aus § 2 AsylbLG für solche Leistungsberechtigte, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthaltes nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben. Allein für diese Personengruppe ist in § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die Krankenbehandlung für diese Personengruppe von der Krankenkasse übernommen

wird. Nur für diese Personengruppe bestimmt ergänzend § 264 Abs. 4 Satz 2 SGB V, dass diese eine Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V erhalten. Hierfür haben die Leistungsberechtigten gem. § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt.

Bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ist die Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung oder die von dieser beauftragten obersten Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird. Bestandteil einer solchen Vereinbarung kann auch die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte an die danach Leistungsberechtigten sein. In diesem Fall hat die elektronische Gesundheitskarte gem. § 291 Abs. 2 Satz 3 SGB V die Angabe zu enthalten, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des AsylbLG handelt. Diese Bestimmung tritt allerdings erst zum 01.11.2016 in Kraft. Bis dahin haben die Vereinbarungspartner auf Landesebene gem. § 264 Abs. 1 SGB V in anderer geeigneter Weise z.B. die Erkennbarkeit dieses Status des Leistungsberechtigten sicherzustellen.

Auf dieser Grundlage sind auch bereits teilweise Verträge der regionalen Sozialhilfeträger auf Landesebene mit einzelnen Krankenkassen geschlossen worden. Diese haben daher an Ausländern im Asylverfahren zum Teil eGKs ausgegeben. Dabei ist bisher aber regelmäßig der Versichertenstatus mit der Kennziffer „4“ gekennzeichnet worden, die auch für andere Leistungsberechtigte Verwendung findet, die keiner Einschränkung des Leistungsspektrums in der GKV unterliegen. Ein davon eventuell abweichender, besonderer Status von Asylbewerbern ist daher aus einer entsprechenden Kennzeichnung nicht unmittelbar ersichtlich. Soweit somit in solchen Fallgestaltungen Einschränkungen des Leistungsanspruches gem. § 4 AsylbLG vorgenommen werden sollten, müssten diese von der Krankenkassen gegenüber dem Vertragszahnarzt ggf. in geeigneter Weise z.B. kenntlich gemacht werden. Soweit dies nicht unmittelbar aus einer entsprechenden Gestaltung bzw. Kennzeichnung der eGK ersichtlich ist, müssten ggf. weitere Dokumente beigefügt werden, die auf entsprechende Anspruchseinschränkungen Bezug nehmen und diese gegenüber dem Vertragszahnarzt eindeutig definieren.

Vor diesem Hintergrund muss z. Zt. davon ausgegangen werden, dass zumindest nicht alle Flüchtlinge, die sich zurzeit in einem Asylverfahren befinden, über eine eGK verfügen. Vielmehr muss angesichts der steigenden Flüchtlingszahlen und der Dauer der Asylverfahren davon ausgegangen werden, dass zumindest eine nicht unerhebliche Gruppe von Asylbewerbern (noch) nicht über eGKs verfügen, sondern nach den Verfahren gem. §§ 1, 10, 10a AsylbLG leistungsberechtigt sind und daher mit entsprechenden Krankenscheinen der Sozialämter Leistungen bei Vertragszahnärzten in Anspruch nehmen werden. Jedenfalls vorbehaltlich besonderer Vereinbarungen von Krankenkassen mit Sozialämtern gem. § 264 Abs. 1 SGB V ist somit grundsätzlich davon auszugehen, dass lediglich solche Asylbewerber, die sich bereits gem. § 2 AsylbLG mindestens 15 Monate ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufgehalten haben, auch tatsächlich Leistungen unter Zugrundelegung einer eGK in Anspruch nehmen können. Durch eine Vereinheitlichung des Verfahrens dahin, dass alle nach dem AsylbLG Leistungsberechtigten einheitlich mit eGKs ausgestattet werden, würde die Überprüfung der Leistungsberechtigung vereinfacht und standardisiert, die medizinische Versorgung daher voraussichtlich beschleunigt und das Verfahren auch für den behandelnden Vertragszahnarzt vereinheitlicht und damit erleich-

tert.

Da die zahnmedizinische Versorgung nach dem AsylbLG z. Zt. aber nach wie vor auf Landesebene und dort unter Nutzung unterschiedlichster Verwaltungsverfahren auf Kommunalebene erfolgt, ist eine einheitliche Abgrenzung des, dem Anspruchsberechtigten danach zur Verfügung stehenden Leistungsanspruches nicht möglich. Ebenso wenig existieren einheitliche Bestimmungen hinsichtlich der Leistungsträger, denen gegenüber die entsprechenden Leistungen abzurechnen sind und der jeweils zugrunde zu legenden Vergütungen.

Die KZBV hat daher bereits in ihrer Stellungnahme zum seinerzeitigen Gesetzentwurf eines Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes vom 21.09.2015 (**Anlage 2**) auf der Basis einer entsprechenden Resolution (**Anlage 3**), deren Zielsetzung zwischenzeitlich auch von der Vertreterversammlung der KZBV und der Bundesversammlung der BZÄK in deren Sitzungen am 28./29./30./31.10.2015 in Hamburg nochmals unterstrichen worden ist (**Anlage 4**), eine bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche und eindeutige Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem AsylbLG gefordert. Dieses einheitliche Verfahren muss danach für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zumindest folgenden Anforderungen Rechnung tragen:

1. Für den Vertragszahnarzt muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist.
2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt gleichzeitig ein einheitlicher und klar abgegrenzter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.
3. Zudem muss vor Beginn der Behandlung einheitlich und verbindlich festgelegt werden, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren der Vertragszahnarzt eine Abrechnung der Leistungen vorzunehmen hat. Dabei muss in jedem Falle sichergestellt werden, dass diese zusätzlich zu erbringenden Leistungen nicht den mengenbegrenzenden Regularien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden.

Dieser Forderung ist der Gesetzgeber allerdings noch nicht nachgekommen. Der behandelnde Zahnarzt ist daher z. Zt. weiterhin gezwungen, die Konkretisierung des Leistungsanspruches nach dem AsylbLG jeweils im Einzelfall mit demjenigen Kostenträger abzuklären, der sich aus dem, vom Patienten vorgelegten Dokument (in der Regel ein Krankenschein eines Sozialamtes) ergibt, soweit nicht auf Landesebene zwischenzeitlich einheitliche Bestimmungen, z. B. auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und gesetzlichen Krankenkassen bzw. den KZVen bestehen. Daher sollten insbesondere die aktuellen diesbezüglichen Informationen der KZVen beachtet werden. Soweit sich bereits einheitliche Verfahren herausgebildet haben, werden diese von den KZVen zwischenzeitlich auch durch gesonderte Informationsblätter beschrieben, in denen auf einzelne Fachfragen eingegangen wird. Exemplarisch wird dabei auf die beigefügte FAQ-Liste der KZV Bayerns (Stand: 05.10.2015, **Anlage 5**) Bezug genommen.

## **Behandlung**

Jeder Zahnarzt muss auf Grund der individuellen Situation des Patienten entscheiden, welche Untersuchungen und Behandlungen im Sinne der §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz notwendig und abgedeckt sind. Dabei kann der Behandler in einen ethischen Konflikt geraten, wenn mögliche zahnerhaltende Maßnahmen nicht finanziert werden. Unter Umständen berechtigt erst der akute Schmerzfall eine Behandlung. Der Zahnarzt ist verpflichtet – nach Musterberufsordnung [Präambel und § 2 (2)] – die Menschenwürde und insbesondere die Menschlichkeit in jedem Fall zu achten.

Es ist mitunter erforderlich, dass medizinische Befunde bzw. Diagnosen und die notwendige geplante Behandlung an Personen in zuständigen Ämtern mitgeteilt werden müssen, die nicht entsprechend ausgebildet sind, eine medizinische Behandlungsnotwendigkeit einzuschätzen. Ein Bestreben der zuständigen Stellen, Kosten einzusparen, sollte nicht im Vordergrund der Behandlung stehen.

## **Hilfe bei Sprachproblemen**

Bei der Behandlung von Asylbewerbern bestehen häufig Sprachbarrieren. Der Zahnarzt ist durch das Patientenrechtegesetz verpflichtet, den Asylbewerber verständlich in einem persönlichen Gespräch aufzuklären. Bei Patienten, die nach Überzeugung des Behandelnden der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, hat die Aufklärung deshalb in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Zur Erleichterung der Kommunikation und Aufklärung ist als **Anlage 6** ein Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis beigefügt, das die nonverbale Kommunikation mit Patienten erleichtern soll, die der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind. Als **Anlage 7** ist ferner ein Fragebogen zur Feststellung der Muttersprache des Patienten sowie als **Anlage 8** Informationsbögen zur zahnärztlichen Behandlung und den dabei zu beachtenden formalen Anforderungen in 15 verschiedenen Sprachen und als **Anlage 9** entsprechende Fragebögen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere in ebenfalls 15 Sprachen beigefügt. Erforderlichenfalls und unabhängig von der Übergabe fremdsprachlicher Aufklärungsbögen ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen. Die Kostenübernahme sollte vorher mit den zuständigen Behörden geklärt werden. Sollte aufgrund von Sprachproblemen eine adäquate Behandlung unmöglich sein, wenden Sie sich an die jeweils zuständige Behörde mit der Bitte um einen Dolmetscher.

Bei akuten Notfällen hingegen kann eine Hinzuziehung von Dolmetschern etc. nicht angezeigt sein. In diesen Fällen muss die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt die Situation anhand des Einzelfalles bewerten und einschätzen, ob die Behandlung so dringend ist, dass davon ausgegangen werden kann, dass der Patient einverstanden wäre, wenn er die Aufklärung verstanden hätte.

## Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

### § 1 Leistungsberechtigte

(1) Leistungsberechtigt nach diesem Gesetz sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die

1. eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz besitzen,
2. über einen Flughafen einreisen wollen und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist,
3. eine Aufenthaltserlaubnis besitzen
  - a) wegen des Krieges in ihrem Heimatland nach § 23 Absatz 1 oder § 24 des Aufenthaltsgesetzes,
  - b) nach § 25 Absatz 4 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes oder
  - c) nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes, sofern die Entscheidung über die Aussetzung ihrer Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt,
4. eine Duldung nach § 60a des Aufenthaltsgesetzes besitzen,
5. vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist,
6. Ehegatten, Lebenspartner oder minderjährige Kinder der in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen sind, ohne daß sie selbst die dort genannten Voraussetzungen erfüllen, oder
7. einen Folgeantrag nach § 71 des Asylgesetzes oder einen Zweitantrag nach § 71a des Asylgesetzes stellen.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Ausländer sind für die Zeit, für die ihnen ein anderer Aufenthaltstitel als die in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete Aufenthaltserlaubnis mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als sechs Monaten erteilt worden ist, nicht nach diesem Gesetz leistungsberechtigt.

(3) Die Leistungsberechtigung endet mit der Ausreise oder mit Ablauf des Monats, in dem

1. die Leistungsvoraussetzung entfällt oder
2. das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Ausländer als Asylberechtigten anerkannt oder ein Gericht das Bundesamt zur Anerkennung verpflichtet hat, auch wenn die Entscheidung noch nicht unanfechtbar ist.

Für minderjährige Kinder, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die mit ihren Eltern in einer Haushaltsgemeinschaft leben, endet die Leistungsberechtigung auch dann, wenn die Leistungsberechtigung eines Elternteils, der eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes besitzt, entfallen ist.

## **§ 1a Anspruchseinschränkung**

(1) Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5 und Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 6, soweit es sich um Familienangehörige der in § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5 genannten Personen handelt, die sich in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben haben, um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen, erhalten Leistungen nach diesem Gesetz nur, soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist.

(2) Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 5, für die ein Ausreisetermin und eine Ausreisemöglichkeit feststehen, haben ab dem auf den Ausreisetermin folgenden Tag keinen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6, es sei denn, die Ausreise konnte aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, nicht durchgeführt werden. Ihnen werden bis zu ihrer Ausreise oder der Durchführung ihrer Abschiebung nur noch Leistungen zur Deckung ihres Bedarfs an Ernährung und Unterkunft einschließlich Heizung sowie Körper- und Gesundheitspflege gewährt. Nur soweit im Einzelfall besondere Umstände vorliegen, können ihnen auch andere Leistungen im Sinne von § 3 Absatz 1 Satz 1 gewährt werden. Die Leistungen sollen als Sachleistungen erbracht werden.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5, bei denen aus von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können. Für sie endet der Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6 mit dem auf die Vollziehbarkeit einer Abschiebungsandrohung oder Vollziehbarkeit einer Abschiebungsanordnung folgenden Tag. Für Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 6, soweit es sich um Familienangehörige der in Satz 1 genannten Personen handelt, gilt Absatz 1 entsprechend.

(4) Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder 5, für die in Abweichung von der Regelzuständigkeit nach der Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist (ABl. L 180 vom 29.6.2013, S. 31) nach einer Verteilung durch die Europäische Union ein anderer Mitgliedstaat oder ein am Verteilmechanismus teilnehmender Drittstaat, der die Verordnung (EU) Nr. 604/2013 anwendet, zuständig ist, erhalten ebenfalls nur Leistungen nach Absatz 2.

## **§ 2 Leistungen in besonderen Fällen**

(1) Abweichend von den §§ 3 bis 7 ist das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch auf diejenigen Leistungsberechtigten entsprechend anzuwenden, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.

(2) Bei der Unterbringung von Leistungsberechtigten nach Absatz 1 in einer Gemeinschaftsunterkunft bestimmt die zuständige Behörde die Form der Leistung auf Grund der örtlichen Umstände.

(3) Minderjährige Kinder, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Haushaltsgemeinschaft leben, erhalten Leistungen nach Absatz 1 auch dann, wenn mindestens ein Elternteil in der Haushaltsgemeinschaft Leistungen nach Absatz 1 erhält.



#### **§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt**

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Absatz 2 und § 132e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

#### **§ 6 Sonstige Leistungen**

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

#### **§ 10 Bestimmungen durch Landesregierungen**

Die Landesregierungen oder die von ihnen beauftragten obersten Landesbehörden bestimmen die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden und Kostenträger und können Näheres zum Verfahren festlegen, soweit dies nicht durch Landesgesetz geregelt ist. Die bestimmten zuständigen Behörden und Kostenträger können auf Grund näherer Bestimmung gemäß Satz 1 Aufgaben und Kostenträgerschaft auf andere Behörden übertragen.

## **§ 10a Örtliche Zuständigkeit**

(1) Für die Leistungen nach diesem Gesetz örtlich zuständig ist die nach § 10 bestimmte Behörde, in deren Bereich der Leistungsberechtigte nach dem Asylgesetz oder Aufenthaltsgesetz verteilt oder zugewiesen worden ist oder für deren Bereich für den Leistungsberechtigten eine Wohnsitzauflage besteht. Ist der Leistungsberechtigte von einer Vereinbarung nach § 45 Absatz 2 des Asylgesetzes betroffen, so ist die Behörde zuständig, in deren Bereich die nach § 46 Absatz 2a des Asylgesetzes für seine Aufnahme zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt. Im übrigen ist die Behörde zuständig, in deren Bereich sich der Leistungsberechtigte tatsächlich aufhält. Diese Zuständigkeit bleibt bis zur Beendigung der Leistung auch dann bestehen, wenn die Leistung von der zuständigen Behörde außerhalb ihres Bereichs sichergestellt wird.

(2) Für die Leistungen in Einrichtungen, die der Krankenbehandlung oder anderen Maßnahmen nach diesem Gesetz dienen, ist die Behörde örtlich zuständig, in deren Bereich der Leistungsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Aufnahme hat oder in den zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hat. War bei Einsetzen der Leistung der Leistungsberechtigte aus einer Einrichtung im Sinne des Satzes 1 in eine andere Einrichtung oder von dort in weitere Einrichtungen übergetreten oder tritt nach Leistungsbeginn ein solcher Fall ein, ist der gewöhnliche Aufenthalt, der für die erste Einrichtung maßgebend war, entscheidend. Steht nicht spätestens innerhalb von vier Wochen fest, ob und wo der gewöhnliche Aufenthalt nach den Sätzen 1 und 2 begründet worden ist, oder liegt ein Eilfall vor, hat die nach Absatz 1 zuständige Behörde über die Leistung unverzüglich zu entscheiden und vorläufig einzutreten. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungen an Personen, die sich in Einrichtungen zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung aufhalten oder aufgehalten haben.

(3) Als gewöhnlicher Aufenthalt im Sinne dieses Gesetzes gilt der Ort, an dem sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, daß er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Als gewöhnlicher Aufenthalt ist auch von Beginn an ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mindestens sechs Monaten Dauer anzusehen; kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt. Satz 2 gilt nicht, wenn der Aufenthalt ausschließlich zum Zweck des Besuchs, der Erholung, der Kur oder ähnlichen privaten Zwecken erfolgt und nicht länger als ein Jahr dauert. Ist jemand nach Absatz 1 Satz 1 nach dem Asylgesetz oder nach dem Aufenthaltsgesetz verteilt oder zugewiesen worden oder besteht für ihn eine Wohnsitzauflage für einen bestimmten Bereich, so gilt dieser Bereich als sein gewöhnlicher Aufenthalt. Wurde eine Vereinbarung nach § 45 Absatz 2 des Asylgesetzes getroffen, so gilt der Bereich als gewöhnlicher Aufenthalt des Leistungsberechtigten, in dem die nach § 46 Absatz 2a des Asylgesetzes für seine Aufnahme zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt. Für ein neugeborenes Kind ist der gewöhnliche Aufenthalt der Mutter maßgeblich.

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche  
Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember  
1988, BGBl. I S. 2477)**

**§ 72 Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung**

(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

(4) (weggefallen)

## **§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung**

(1) Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Mitglied", für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Rentner". Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung "Familienversicherte".

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Zwölften Buches oder des Achten Buches sind, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 87a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den

Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

### **§ 291 Krankenversichertenkarte**

(1) Die Krankenkasse stellt spätestens bis zum 1. Januar 1995 für jeden Versicherten eine Krankenversichertenkarte aus, die den Krankenschein nach § 15 ersetzt. Die Karte ist von dem Versicherten zu unterschreiben. Sie darf vorbehaltlich § 291a nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern verwendet werden. Die Karte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstellenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. Bei Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung bestätigt der Versicherte auf dem Abrechnungsschein des Arztes das Bestehen der Mitgliedschaft durch seine Unterschrift. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

(2) Die Krankenversichertenkarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke (§ 295 Abs. 3 Nr. 1 und 2) geeigneten Form vorbehaltlich § 291a ausschließlich folgende Angaben:

1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
2. Familienname und Vorname des Versicherten,
3. Geburtsdatum,
4. Geschlecht,
5. Anschrift,
6. Krankenversichertennummer,
7. Versichertenstatus, für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form,
8. Zuzahlungsstatus,
9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs;

die Erweiterung der Krankenversichertenkarte um das Lichtbild sowie die Angaben zum Geschlecht und zum Zuzahlungsstatus haben spätestens bis zum 1. Januar 2006 zu erfolgen; Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild.

Sofern für die Krankenkasse Verträge nach § 83 Satz 2 geschlossen sind, ist für die Mitglieder, die ihren Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen haben, als Kennzeichen nach Satz 1 Nr. 1 das Kennzeichen der kassenärztlichen Vereinigung zu verwenden, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.

(2a) Die Krankenkasse erweitert die Krankenversichertenkarte nach Absatz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a. Neben der Verwendung nach Absatz 1 Satz 3 hat die Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Abs. 2 und 3 zu gewährleisten. Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.

(2b) Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. § 15 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden. Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln.

(3) Das Nähere über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Abs. 1.

(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die Krankenversichertenkarte von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen. Abweichend von Satz 1 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Optimierung der Verfahrensabläufe für die Versicherten die Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte bei Kassenwechsel beschließen; dabei ist sicherzustellen, dass die Daten nach Absatz 2 Nr. 1, 6, 7, 9 und 10 fristgerecht aktualisiert werden. Der Beschluss bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Wird die elektronische Gesundheitskarte nach Satz 1 eingezogen, hat die einziehende Krankenkasse sicherzustellen, dass eine Weiternutzung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 durch die Versicherten möglich ist. Vor Einzug der elektronischen Gesundheitskarte hat die einziehende Krankenkasse über Möglichkeiten zur Löschung der Daten nach § 291a Abs. 3 Satz 1 zu informieren. Die Sätze 5 und 6 gelten auch bei Austausch der elektronischen Gesundheitskarte im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses.

**Stellungnahme  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)  
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung  
eines Gesetzes zur Änderung des Asylverfahrensgesetzes,  
des Asylbewerberleistungsgesetzes und weiterer Gesetze  
(Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz)**

**(Stand: 21. September 2015 01:31)**

**1. Allgemeine Bewertung**

Die KZBV begrüßt grundsätzlich die Zielsetzung des Gesetzes, auf den aktuell verstärkten Zustrom von Flüchtlingen nach Deutschland durch Maßnahmen zur Beschleunigung, Vereinheitlichung und Flexibilisierung des Asylverfahrens zu reagieren. Begrüßt werden ferner die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Betroffenen und dabei insbesondere des Impfschutzes gem. der vorgesehenen Neufassung von § 4 Abs. 2a Asylbewerberleistungsgesetz, der auch eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung einer sicheren und sachgerechten zahnmedizinischen Versorgung darstellt. Im Weiteren beschränkt sich die KZBV aber auf eine Stellungnahme zu Aspekten, die den Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge und dabei insbesondere den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung tangieren.

Für die erforderliche zahnmedizinische Versorgung der Flüchtlinge und auch für die, infolge deren besonderen Lebenssituation erforderlichen besonderen Verfahren steht die Vertragszahnärzteschaft bereits aus ethisch-humanitären Gründen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Dabei bestehen allerdings besondere Versorgungsprobleme,

die zum Teil bereits durch kulturelle und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, zum Teil aber auch durch bürokratische Hindernisse begründet werden.

So sind zwar die Leistungsansprüche der Betroffenen grundsätzlich im Asylbewerberleistungsgesetz und im SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Umsetzung dieser Normen obliegt im Einzelnen jedoch den Kommunen, woraus sich bisher ein Flickenteppich unterschiedlichster Umsetzungsformen ergeben hat. Zum Teil werden von den Sozialämtern besondere Versorgungsscheine oder –karten ausgegeben, zum Teil wird diese Aufgabe auch an gesetzliche Krankenkassen delegiert, so dass die Betroffenen mit einer eGK in der vertragszahnärztlichen Praxis erscheinen. Bei diesen eGKs wird dann regelmäßig der Versichertenstatus mit der Kennziffer „4“ gekennzeichnet, die auch für andere Leistungsberechtigte Verwendung findet, die keiner Einschränkung des Leistungsspektrums in der GKV unterliegen. Ein davon eventuell abweichender, besonderer Status von Asylbewerbern ist daher aus einer entsprechenden Kennzeichnung jedenfalls nicht unmittelbar ersichtlich.

Der grundsätzlich gesetzlich einheitlich geregelte Versorgungsanspruch der Betroffenen wird von den Kommunen bisher nicht nur auf der Grundlage unterschiedlicher Verfahren, sondern auch angesichts inhaltlich unterschiedlicher Interpretationen und Handhabungen nicht einheitlich wahrgenommen. Der Zahnarzt kann somit zwar die individuellen Behandlungsbedarfe und -möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Falle den konkreten Leistungsanspruch des Patienten und die Frage, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren die zu erbringenden Leistungen abzurechnen sind. Die damit verbundenen Unsicherheiten erschweren und verzögern die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zusätzlich.

Die KZBV spricht sich daher für eine möglichst bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche und eindeutige Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aus. Dieses einheitliche Verfahren muss dabei für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zumindest folgenden Anforderungen Rechnung tragen:

1. Für den Vertragszahnarzt muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist.



2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt gleichzeitig ein einheitlicher und klar abgegrenzter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.
3. Zudem muss vor Beginn der Behandlung einheitlich und verbindlich festgelegt werden, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren der Vertragszahnarzt eine Abrechnung der Leistungen vorzunehmen hat. Dabei muss in jedem Falle sichergestellt werden, dass diese zusätzlich zu erbringenden Leistungen nicht den mengenbegrenzenden Regularien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden.

Soweit die zahnmedizinische Versorgung auch dieser Anspruchsberechtigten weiterhin flächendeckend und zeitnah sichergestellt werden soll, ist der Gesetzgeber gefordert, für die aktuelle Situation kurzfristig einheitliche und angemessene Verfahren verbindlich vorzugeben, die diesen Anforderungen auch tatsächlich Rechnung tragen.

## **2. Stellungnahme zur vorgesehenen Neuregelung von § 264 Abs. 1 SGB V-E**

Aufbauend auf der bereits bisher bestehenden Möglichkeit für Krankenkassen gem. § 264 Abs. 1 SGB V u.a. auch für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz die Krankenbehandlung zu übernehmen, ist vorgesehen, dass die Krankenkasse hierzu dann verpflichtet ist, wenn sie durch die Landesregierung oder die von ihr beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wird. Ebenso sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung auf Landesebene verpflichtet werden, sofern diese von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde zur Übernahme der Krankenbehandlung aufgefordert werden. Ferner hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisationen der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden Rahmenempfehlungen hierzu abzugeben.

Die vorgesehenen Neuregelungen verfolgen grundsätzlich einen zutreffenden Ansatz zur Konkretisierung des Leistungsrechtes hinsichtlich der Betroffenen und werden inso-

fern begrüßt. Allerdings wird dadurch eine bundeseinheitliche bzw. zumindest landeseinheitliche Leistungsgewährung und -abwicklung nicht gewährleistet, sondern lediglich eine grundsätzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung vorgesehen, die aber zum einen inhaltlich nicht verbindlich ausgestaltet wird und zum anderen von einer Initiative der jeweiligen Kostenträger abhängig ist. Auch wenn insofern Rahmenempfehlungen auf Bundesebene vorgesehen sind, wird dadurch jedenfalls eine bundeseinheitliche Ausgestaltung derartiger Verträge ebenso wenig vorgeschrieben wie deren bundesweiter Abschluss. Eine Abkehr von der augenblicklichen unterschiedlichen Handhabung der Leistungsansprüche auf Landes- und Kommunalebene wird durch die vorgesehenen Maßnahmen daher zwar erleichtert, nicht jedoch sicher erreicht.

Zudem sollen die Verträge ausweislich der vorgesehenen Bestimmungen in § 264 Abs. 1 Satz 3 SGB V-E und der diesbezüglichen Begründung inhaltlich jedenfalls im Wesentlichen auf die formale Ausgestaltung und Abwicklung der Leistungsverfahren abzielen. Dadurch wird nicht sichergestellt, dass zumindest in derartigen Verträgen eine einheitliche Eingrenzung und Konkretisierung des Leistungsanspruches des Betroffenen erfolgt und gegenüber dem Vertragszahnarzt offengelegt wird. Ebenso wird dadurch nicht sichergestellt, dass die danach ggf. zusätzlich zu erbringenden Leistungen, die dann ebenso wie solche gegenüber gesetzlich Krankenversicherten vom Vertragszahnarzt über die KZV abzurechnen wären, nicht nachträglich mengenbegrenzenden Regularien wie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden. Daher werden die vorgesehenen Maßnahmen voraussichtlich keine grundsätzliche Änderung der bisherigen Problematik bei der (zahn-)medizinischen Versorgung von Flüchtlingen bewirken und sollten zumindest durch entsprechend konkrete gesetzliche Regelungen ergänzt werden, die den o.g. Forderungen angemessen Rechnung tragen.

### **3. Stellungnahme zur vorgesehenen Neuregelung von § 291 Abs. 2a Satz 4 SGB V-E**

Durch die Neufassung soll bestimmt werden, dass der Status eines Empfängers von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes in der elektronischen Gesundheitskarte besonders zu kennzeichnen ist. Nicht ausweislich des Gesetzentwurfes, sondern lediglich der diesbezüglichen Begründung soll diese Be-

stimmung allerdings erst ein Jahr nach Verkündung des Gesetzes in Kraft treten, um den Beteiligten genügend Zeit für die erforderliche Umsetzung einzuräumen.

Die vorgesehene Maßnahme wird im Grundsatz begrüßt, da sie der Forderung Rechnung trägt, dass der Vertragszahnarzt unmittelbar und eindeutig erkennen kann, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist. Es ist auch als realistisch zu bewerten, dass eine konkrete Umsetzung dieser Bestimmung infolge der hierfür erforderlichen technischen Anpassung auf verschiedenen Ebenen nicht kurzfristig, sondern voraussichtlich erst innerhalb eines Jahres erfolgen kann. Dies illustriert allerdings zugleich die Notwendigkeit, dass bei einer, nach der vorgesehenen Neufassung von § 264 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-E weiterhin lediglich fakultativ zu vereinbarenden Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte für die Zwischenzeit alternative Verfahren bestimmt werden müssen, durch die durch andere Maßnahmen eine eindeutige Kennzeichnung von Anspruchsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sichergestellt wird.

23. September 2015

## **Zahnmedizinische Versorgung von Flüchtlingen sicherstellen**

Der aktuelle Zustrom von Flüchtlingen nach Deutschland stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar. Hierzu zählt auch die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung der Flüchtlinge. Hierfür stehen die deutsche Zahnärzteschaft insgesamt und damit auch die Vertragszahnärzte bereits aus ethisch-humanitären Gründen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Dies auch angesichts der Tatsache, dass die Behandlung dieser zusätzlichen Patienten zum Teil bereits wegen kultureller und sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten belastet wird. Zusätzliche Versorgungsprobleme ergeben sich zurzeit auch aus der Massierung der Flüchtlinge, z.B. in einzelnen Aufnahmelagern, und die damit verbundene Konzentration der Leistungsanspruchnahme auf einzelne Praxen im Umfeld, deren Leistungsfähigkeit damit zum Teil überschritten wird.

Diese bereits deshalb problematische Versorgungssituation wird zurzeit allerdings noch zusätzlich durch unterschiedliche bürokratische Hindernisse erschwert. Zwar sind die Leistungsansprüche der Betroffenen grundsätzlich im Asylbewerberleistungsgesetz und im SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Umsetzung dieser Normen obliegt im Einzelnen jedoch den Kommunen, woraus sich bisher ein Flickenteppich unterschiedlichster Umsetzungsformen ergeben hat. Zum Teil werden von den Sozialämtern besondere Versorgungsscheine oder –karten ausgegeben, zum Teil wird diese Aufgabe auch an gesetzliche Krankenkassen delegiert, so dass die Betroffenen mit einer eGK in der vertragszahnärztlichen Praxis erscheinen. Bei diesen eGKs wird dann regelmäßig der Versichertenstatus mit der Kennziffer „4“ gekennzeichnet, die auch für andere Leistungsberechtigte Verwendung findet, die keiner Einschränkung des Leistungsspektrums in der GKV unterliegen. Ein davon eventuell abweichender, besonderer Status von Asylbewerbern ist daher aus einer entsprechenden Kennzeichnung jedenfalls nicht unmittelbar ersichtlich.

Der grundsätzliche Versorgungsanspruch der Betroffenen bezieht sich generell nur auf die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linde-

nung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt danach nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Dieser Versorgungsauftrag wird von den Kommunen bisher aber nicht nur auf der Grundlage unterschiedlicher Verfahren, sondern auch angesichts inhaltlich unterschiedlicher Interpretationen und Handhabungen nicht einheitlich wahrgenommen. Der Zahnarzt kann somit zwar die individuellen Behandlungsbedarfe und –möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Falle den konkreten Leistungsanspruch des Patienten und die Frage, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren die zu erbringenden Leistungen abzurechnen sind. Die damit verbundenen Unsicherheiten erschweren und verzögern die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zusätzlich. Während sich diese Fragen bisher auf eine überschaubare Zahl von Fällen beschränkten, potenzieren sich die bürokratischen Hemmnisse angesichts der schlagartig angestiegenen Flüchtlingszahlen nunmehr in einer Weise, die ebenso wie an anderer Stelle ein unbürokratisches und vor allen Dingen einheitliches Vorgehen fordert.

Die KZBV spricht sich daher für eine möglichst bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche und eindeutige Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aus. Dieses einheitliche Verfahren muss dabei für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zumindest folgenden Anforderungen Rechnung tragen:

1. Für den Vertragszahnarzt muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, wenn sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anspruchsberechtigt ist.
2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt gleichzeitig ein einheitlicher und klar abgegrenzter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.
3. Zudem muss vor Beginn der Behandlung einheitlich und verbindlich festgelegt werden, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren der Vertragszahnarzt eine Abrechnung der Leistungen vorzunehmen hat. Dabei muss in jedem Falle sichergestellt werden, dass diese zusätzlich zu erbringenden Leistungen nicht den mengenbegrenzenden Regularien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen werden.

Soweit die zahnmedizinische Versorgung auch dieser Anspruchsberechtigten weiterhin flächendeckend und zeitnah sichergestellt werden soll, ist der Gesetzgeber gefordert, für die aktuelle Situation kurzfristig einheitliche und angemessene Verfahren verbindlich vorzugeben, die diesen Anforderungen auch tatsächlich Rechnung tragen. Aus Sicht der KZBV kommen dabei auf der Grundlage der zurzeit praktizierten Verfahren grundsätzlich zwei Alternativen in Betracht:

- Es erfolgt eine flächendeckende, zumindest landesweit einheitliche Ausgabe körperlicher Anspruchsberechtigungsdokumente, aus denen sich der Umfang des Anspruches und der Abrechnungsweg für den Vertragszahnarzt unmittelbar und verbindlich entnehmen lassen.
- Es erfolgt eine flächendeckende, zumindest aber landesweit einheitliche Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten durch die gesetzlichen Krankenkassen, verbunden mit einer klaren Kennzeichnung des Versichertenstatus. Soweit aus der eGK keine weiteren Leistungseinschränkungen ersichtlich sein sollten, wäre damit ein uneingeschränkter Leistungsanspruch, ebenso wie in der GKV im Übrigen, verbunden.

Zur Beseitigung der aktuellen, sich aus den schlagartig angestiegenen Flüchtlingszahlen ergebenden Versorgungsprobleme fordert die KZBV eine möglichst kurzfristige und eindeutige Regelung dieser Fragestellungen durch den Bundes- bzw. Landesgesetzgeber.

**11. Vertreterversammlung  
am 28. und 29. Oktober 2015  
in Hamburg**

---

Antrag Nr.  
5 / 1

**Zu Top 5. Bericht des Vorstandes**

Antragsteller:

Vorstand der KZBV

Betreff:

**Zahnmedizinische Versorgung von Flüchtlingen sicherstellen**

Beschluss:

Die Vertreterversammlung der KZBV fordert die Bundesregierung auf, im Zusammenwirken mit den Ländern, Kommunen und den Krankenkassen, eine bundeseinheitliche, zumindest aber landeseinheitliche Umsetzung der Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sicherzustellen.

Dazu müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

1. Für die Vertragszahnärzte muss unmittelbar und eindeutig erkennbar sein, ob und in welchem Umfang die Patienten anspruchsberechtigt sind.
2. Soweit sich dieser Leistungsanspruch von demjenigen eines gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden soll, muss dem Vertragszahnarzt in den jeweiligen Bundesländern ein im Umfang festgelegter Katalog der in diesen Fällen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Der Zahnarzt kann zwar die individuellen Behandlungsbedarfe und –möglichkeiten im Einzelfall fachlich beurteilen, nicht aber in jedem Falle den konkreten Leistungsanspruch

des Patienten und die Frage, gegenüber welcher Stelle und in welchem Verfahren die zu erbringenden Leistungen abzurechnen sind. Die damit verbundenen Unsicherheiten erschweren und verzögern die Behandlungsmaßnahmen und erfordern daher im Hinblick auf die immer noch ansteigenden Flüchtlingszahlen zeitnah ein eindeutiges und dadurch für alle Beteiligten rechtssicheres Verfahren.

Die aufgrund der hohen Flüchtlingszahlen bereits problematische Versorgungssituation wird zurzeit durch unterschiedliche bürokratische Hindernisse noch erschwert. So sind die Leistungsansprüche der Betroffenen grundsätzlich zwar im Asylbewerberleistungsgesetz und im SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Umsetzung dieser Normen obliegt im Einzelnen jedoch den Kommunen, woraus ein Flickenteppich unterschiedlichster Umsetzungsformen resultiert. Zudem wird der Versorgungsauftrag von den Kommunen bisher auch angesichts inhaltlich unterschiedlicher Interpretationen und Handhabungen nicht einheitlich wahrgenommen.

#### **Abstimmungsergebnis:**

**Die Resolution ist einstimmig angenommen worden.**





## FAQs

# Zahnmedizinische Behandlung von Asylbewerbern in Bayern

Stand: 05.10.2015

Der anhaltende Flüchtlingsstrom stellt derzeit die Bevölkerung in ganz Deutschland vor große Herausforderungen. Allein aus der großen Anzahl der Flüchtlinge ergeben sich zurzeit Versorgungsfragen, die auch die zahnmedizinische Versorgung dieser mitunter stark traumatisierten Menschen betreffen.

Die bisher meist gestellten Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung dieser Patienten und die dazugehörigen Antworten haben wir nachfolgend für Sie zusammengestellt:

### 1. Was sind die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch eines Asylbewerbers auf eine zahnärztliche Behandlung?

Grundsätzlich gilt für die medizinische Versorgung der Asylbewerber während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts das Asylbewerberleistungsgesetz. Ein Leistungsanspruch gem. § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) besteht im Falle von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Es wird ein konkreter Hilfebedarf vorausgesetzt. Nach dem Willen des Gesetzgebers ist der Leistungsanspruch eingeschränkt. In diesem Zusammenhang können auch Behandlungen durchgeführt werden, die zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen dienen.

### 2. Hat der Asylbewerber generell Anspruch auf eine Routineuntersuchung beim Zahnarzt?

Nein. Ist jedoch eine Untersuchung wegen akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen erforderlich, kann diese nach der BEMA-Nr. 01 abgerechnet werden.

### 3. Haben schwangere Asylbewerber Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen?

Ja. Laut § 4 Abs. 3 AsylbLG hat die zuständige Behörde bei Schwangeren und Wöchnerinnen auch die gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicherzustellen.

### 4. Was ist eine akute Erkrankung?

Eine akute Erkrankung ist nach der Rechtsprechung ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.



## 5. Wie wird eine akute von einer chronischen Erkrankung abgegrenzt?

Da es sich bei der Abgrenzung von akuten und chronischen Erkrankungen um eine oft nicht eindeutig zu klärende medizinische Frage handelt, und bei chronischen Erkrankungen nur „das Unabweisbare“ geleistet werden soll, fordern Sozialbehörden zur Klärung der Voraussetzungen häufig die Stellungnahme eines Amtsarztes an. Das führt in der Praxis vielfach zu erheblichen Verzögerungen notwendiger Behandlungen.

## 6. Welche zahnärztlichen Leistungen dürfen abgerechnet werden?

Die Zahnärzte dürfen die erforderlichen zahnärztlichen Behandlungsleistungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln erbringen.

Werden im Rahmen der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände weitere behandlungsbedürftige Befunde festgestellt, die zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlich sind, können auch diese behandelt werden. Der Leistungskatalog der KZVB für Leistungen des Bema Teil 1 (KCH) für Asylbewerber ist dabei einzuhalten.

**Beispiel:** Ein Asylbewerber sucht den Zahnarzt wegen Schmerzen am Zahn 46 auf. Während der Untersuchung stellt der Zahnarzt auch an den Zähnen 15 und 17 Karies fest. Neben dem Zahn 46 können auch die Zähne 15 und 17 behandelt und abgerechnet werden.

Für Behandlungen, die im Leistungskatalog der KZVB nicht enthalten sind oder für Leistungen aus anderen Bema-Teilen, ist vorab eine Genehmigung für die Übernahme der Kosten bei dem zuständigen Leistungsträger (71 Landkreise und 25 kreisfreie Städte) einzuholen.

Gemäß § 6 AsylbLG können sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie u. a. im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von **Kindern** geboten sind. Sie unterliegen demnach einer Ermessensentscheidung der zuständigen Behörde. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

## 7. Wozu dient der Leistungskatalog für Asylbewerber der KZVB?

In Bayern besteht eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Landkreis-, dem Städte- und dem Bezirkstag und der KZVB, welche unter anderem die zahnärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt.

Die zahnärztlichen Leistungen, die unstrittig hinsichtlich der Kostenübernahme durch die Leistungsträger sind, sind in einem eigenen Leistungskatalog zwischen KZVB und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration abgestimmt worden. Für diese Leistungen muss keine Genehmigung eingeholt werden. Der Leistungskatalog wurde im **Rundschreiben Nr. 5/2015 vom 23. September 2015** veröffentlicht.

## 8. Gilt der Leistungskatalog für alle Asylbewerber?

Nein. Das Leistungsverzeichnis der KZVB gilt nur bei den Leistungsberechtigten nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) als Verzeichnis der unstrittig abrechenbaren Leistungen.

Bei Leistungsberechtigten nach § 1a AsylbLG, das sind diejenigen Asylbewerber, die kurz vor der Abschiebung stehen, findet das Leistungsverzeichnis nur sehr eingeschränkt Anwendung. Beachten Sie in die entsprechende Eintragung im Zahnbehandlungsschein.

## 9. Welche Leistungen können bei Asylbewerbern nach § 1a AsylbLG, die kurz vor der Abschiebung stehen, abgerechnet werden?

Es dürfen nur Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der KZVB abgerechnet werden, die als unabweisbar geboten erscheinen, demnach der Beseitigung akuter Schmerzen dienen, wie **beispielsweise** eine Wurzelkanalbehandlung, Abszessspaltung oder Extraktion. Hierzu gehören auch die notwendigen „Begleitleistungen“, wie beispielsweise Untersuchung, Vitalitätsprüfung, Röntgenaufnahme oder Lokalanästhesie. Werden im Rahmen der Untersuchung weitere behandlungsbedürftige Befunde festgestellt, die aber keine dringende akute Versorgung benötigen, dürfen diese Behandlungen nicht mit dem Leistungsträger abgerechnet werden.

## 10. Können Leistungen, die über den Asylbewerber-Leistungskatalog hinaus gehen, erbracht und abgerechnet werden?

Ja.

In Ausnahmefällen und nach Zustimmung der Leistungsträger können alle Leistungen aller BEMA-Teile erbracht und abgerechnet werden. Alle nicht gelisteten Leistungen müssen jedoch vorab beantragt werden, beispielsweise

- Kieferorthopädische Behandlung, soweit diese im Einzelfall aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist, da bereits mit einer kieferorthopädischen Behandlung begonnen wurde und **Maßnahmen zu deren Unterbrechung** erforderlich sind. (BEMA-Teil 3)
- Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, soweit diese im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (BEMA-Teil 5).
- Versorgung mit erforderlichen Arznei- und Verbandmitteln gem. § 31 SGB V. Soweit für Arzneimittelgruppen Festbeträge festgesetzt sind, dürfen nur solche Arzneimittel verordnet werden, die zum Festbetrag oder einem niedrigeren Preis erhältlich sind.

**Der Leistungskatalog ist somit generell nicht beschränkt.** Leistungen, die jedoch für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf der Vertragszahnarzt nicht bewirken oder verordnen; der Leistungsträger darf sie nicht bewilligen.



## 11. Wann kann die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen aus medizinischen Gründen unaufschiebbar sein?

Hierzu zählen in erster Linie Wiederherstellungsmaßnahmen an vorhandenem Zahnersatz, beispielsweise eine Prothesenbruchreparatur.

Liegt ein **aktueller** Zahnverlust oder eine Zahnfraktur im **Frontzahnbereich** vor (beispielsweise unmittelbar nach einem Unfall oder einer Schlägerei) so ist der Ersatz des Frontzahns in der Regel unaufschiebbar, da ein solches Unfallgeschehen im Frontzahnbereich – im Gegensatz zum Seitenzahnbereich – entstellend und psychisch äußerst belastend ist.

Besteht jedoch eine Frontzahnlucke/fraktur bereits seit längerer Zeit, so gilt ihre Versorgung in der Regel auch als weiterhin aufschiebbar.

---

Liegt eine **aktuelle** Zahnfraktur im **Seitenzahnbereich** vor, die auch nicht übergangsweise mit einer Füllung versorgt werden kann, so kann die Versorgung mit einer Zahnkrone unaufschiebbar sein.

Die Entscheidung über die eventuelle Unaufschiebbarkeit einer Zahnersatzversorgung hängt vom individuellen Einzelfall ab.

**Alle Zahnersatzleistungen müssen vorab bei der zuständigen Stelle beantragt, entsprechend begründet und genehmigt werden.**

## 12. Wer begutachtet ggf. genehmigungspflichtige Behandlungen?

Dies entscheidet die zuständige Behörde. Das kann der MDK oder ein ein vom Gesundheitsamt benannter Amtsarzt/Amtszahnarzt sein. Die Gutachter der KZVB sind nicht dazu verpflichtet, sie können sich jedoch individuell auf Anfrage der zuständigen Behörde dazu bereit erklären.

## 13. Gelten die BEMA-Vorschriften?

Bei der Abrechnung der Leistungen bei Asylbewerbern sind die Vorschriften des SGB V, die Behandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die BEMA-Bestimmungen zu beachten. Durch den Verweis des § 4 Abs. 3 AsylbLG auf den § 72 Abs. 2 SGB V ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten.

## 14. Sind die Leistungen budgetiert?

Nein.



15. Werden die Leistungen bei der Degressionsberechnung berücksichtigt?

Nein.

16. Gibt es Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Prüfungsstellen gemäß § 106 SGB V?

Nein. Die Leistungen für Asylbewerber werden in Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V nicht einbezogen.

17. Wer entscheidet, was die konkrete erforderliche Behandlung im Einzelfall ist?

Das objektive fachliche Urteil ist entscheidend. Dieses wird grundsätzlich von dem behandelnden Zahnarzt abgegeben.

18. Wie ist der Abrechnungsweg für Leistungen anlässlich der Behandlungen für Asylbewerber in Bayern?

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt online über die KZVB und unter zusätzlicher postalischer Übersendung des Originalbehandlungsscheines. Der Behandlungsschein bestätigt die grundsätzliche Anspruchsberechtigung eines Asylbewerbers. Zukünftig soll die postalische Übersendung des Originals des Behandlungsscheins entfallen.

19. Wie errechnet sich die Vergütung?

Die Vergütung ergibt sich aus der Bewertungszahl der abgerechneten BEMA-Nrn. multipliziert mit dem jeweils mit der AOK Bayern vereinbarten Punktwert für die entsprechenden Leistungsbereiche. Im Jahr 2015 demnach:

- KCH, (PAR, KB) 0,9938 €
- (KFO) 0,8554 €

Bei der Versorgung mit Zahnersatz gilt der bundeseinheitliche Punktwert.

- (ZE) 0,8358 €



## 20. Wo werden die Behandlungsscheine ausgestellt?

In Bayern gibt es 71 Landkreise und 25 kreisfreie Städte als Leistungsträger. Die Behandlungsscheine werden je nach Aufenthaltsort des Asylbewerbers ausgestellt von

- den Kreisfreien Städten
- den Landratsämtern.

Der Freistaat Bayern erstattet als Kostenträger den Leistungsträgern die Ausgaben, die für die zahnärztliche Behandlung der Asylbewerber entstehen.

## 21. Was passiert mit dem Behandlungsschein?

Der Behandlungsschein ist vom Berechtigten in der Zahnarztpraxis vorzulegen. Auf dem Behandlungsschein sind u. a. der Name des Asylbewerbers, das Geburtsdatum, die Gültigkeitsdauer und der Status (Leistungsberechtigter nach § 1 oder § 1a AsylbLG) vermerkt.

## 22. Wie erfährt man den Leistungsträger und die Leistungsträgernummer?

Der bei der Abrechnung anzugebende Leistungsträger und die Leistungsträgernummer („Kassennummer“) befinden sich in den ersten beiden Feldern links oben auf dem Behandlungsschein.

## 23. Was ist, wenn kein Behandlungsschein vorliegt?

Legt der Asylbewerber keinen Behandlungsschein vor, so kann dieser bei der zuständigen Stelle angefordert werden.

## 24. Wie werden Medikamente verordnet?

- Die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Vertragszahnärzte erfolgt via rosa Rezeptformular (Muster 16). Die Kosten übernehmen die zuständigen Leistungsträger. Die Rezeptgebühr entfällt.
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente müssen vom Asylbewerber selbst bezahlt werden.

## 25. Wo findet man die Vereinbarung über die Versorgung von Asylbewerbern in Bayern?

Die Vereinbarung ist in der Roten Abrechnungsmappe unter Sonstige Kostenträger (SOKO – 8 – 1-14) zu finden.



## 26. Was ist zu tun bei Verständigungsproblemen?

Sprachliche Barrieren bei Asylbewerbern müssen gegebenenfalls durch die Inanspruchnahme sprachkundigen Personals (sog. Sprachmittler), Angehörigen oder Dolmetschern überwunden werden, wobei den Patienten eine Verpflichtung trifft, auf Verständigungsprobleme hinzuweisen. Viele Leistungsträger kennen Sprachmittler, die Asylbewerber beim Praxisbesuch begleiten können.

Die Erstattung der Dolmetscherkosten ist durch den Asylbewerber beim zuständigen Sozialamt (vor der Behandlung) zu beantragen. Die Erstattung ist im Einzelfall möglich, wenn die Hinzuziehung zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten ist.

Wenn die Notwendigkeit besteht, zur Behandlung des Patienten einen Dolmetscher – etwa zur Anamnese oder Aufklärung – hinzuzuziehen, so muss dies dem Patienten mitgeteilt werden.

In der Regel ist (auch) der Asylbewerber vor einer Behandlung – in verständlicher Weise – aufzuklären. Ausnahmsweise kann die Aufklärung unterbleiben, wenn sie aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung aus zahnmedizinischer Sicht unaufschiebbar ist.

## 27. Gibt es fremdsprachige Anamnesebögen?

Ja. Sie wurden freundlicherweise von ZÄ Gisela Hartmann erstellt und können auf <https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/asyl/> heruntergeladen werden und zur ersten Kommunikation mit dem Asylbewerber verwendet werden.

## 28. Besteht eine Behandlungspflicht bei Asylbewerbern?

Grundsätzlich liegt der Sicherstellungsauftrag der Behandlung von Asylbewerbern nicht bei der KZVB, sondern bei den zuständigen Behörden. Daraus folgt, dass Vertragszahnärzte keiner Behandlungspflicht von Asylbewerbern unterliegen.

Die Behandlung von Notfällen und akuten Schmerzfällen gehört jedoch nicht nur zu den berufsrechtlichen Pflichten jedes Zahnarztes, sondern ist eine ethische Pflicht.

## 29. Dürfen Zahnärzte im Ruhestand Asylbewerber behandeln?

Ja. Eine vertragszahnärztliche Zulassung ist dafür nicht notwendig. Die Wiederaufnahme einer zahnärztlichen Tätigkeit ist jedoch beim zuständigen Zahnärztlichen Bezirksverband anzuzeigen.



### 30. Wie stellt sich die Haftpflicht bei der Behandlung von Asylbewerbern dar?

Erfolgt die Behandlung von Flüchtlingen durch einen niedergelassenen Zahnarzt im Rahmen seiner Praxistätigkeit, so ist dies in der Regel von der bestehenden – obligaten – Berufshaftpflichtversicherung gedeckt. Bei Tätigkeit für das Sozialamt auf Honorarbasis greifen im Schadensfall nach vorläufiger, aber sehr wahrscheinlich zutreffender Einschätzung die Grundsätze der Amtshaftung (also Schadenabwicklung über den Staat), sodass nur noch das sog. Rückgriffsrisiko zu versichern ist. Hierzu sollte direkt bei den Versicherungsunternehmen angefragt werden. Bei ehrenamtlichen Tätigkeiten von Zahnärzten im Ruhestand, die diese nicht für einen bestimmten öffentlichen Träger erbringen, sollte ebenfalls bei der Versicherung angefragt werden; hierfür werden oftmals Sonderkonditionen angeboten.

---

### 31. Wie ist mit Infektionsrisiken umzugehen?

Rechtlich besteht keine Verpflichtung des Patienten zur Offenbarung einer Infektion. Grundsätzlich muss ein Zahnarzt bei **jedem** Patienten Maßnahmen treffen, die eine Übertragung von ansteckenden Krankheiten verhindern, da immer auch die Möglichkeit bestehen kann, dass ein Patient selbst von der Tatsache einer infektiösen Krankheit nichts weiß oder diese nicht mitteilt.

Weitere Informationen erhalten Sie vom *Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit* (Stand 15.09.2015) unter

[http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/infektionsschutz/doc/merkblatt\\_asylhelfer\\_infektionsgefaehrdungen.pdf](http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/infektionsschutz/doc/merkblatt_asylhelfer_infektionsgefaehrdungen.pdf)

und im *Epidemiologischen Bulletin* Nr. 38 vom 21. September 2015 des *Robert-Koch-Instituts* unter

[http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38\\_15.pdf;jsessionid=B8DD193984728508449A0469886B8F1A.2\\_cid381?\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15.pdf;jsessionid=B8DD193984728508449A0469886B8F1A.2_cid381?_blob=publicationFile)

### 31. Wo erhalte ich weitere Informationen in der KZVB?

- Per Email:  
[vorstand@kzvb.de](mailto:vorstand@kzvb.de)  
[beratung@kzvb.de](mailto:beratung@kzvb.de),
- Per Telefon:  
Telefonische Beratung - Telefon 089/ 72401-122  
Daniela Gruber, Leiterin Fachbereich Abrechnung KCH/KFO,  
Telefon 089/ 72401-333





## Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG

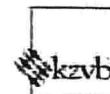
Nr.	Leistungsbeschreibung	Punkte
Ä1 Ber	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	9
01 U	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung	18
03 Zu	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde, bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr) oder an Sonn- und Feiertagen	15
04	Erhebung des PSI-Code	10
Ä 161 Inz1	Eröffnung eines oberflächlichen, unmittelbar unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Abszesses	15
Ä 925 Rö2 Rö5 Rö 8 Stat	Röntgendiagnostik der Zähne a) bis zwei Aufnahmen b) bis fünf Aufnahmen c) bis acht Aufnahmen d) Status bei mehr als acht Aufnahmen	12 19 27 34
A935	d) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	36
8 ViPr	Sensibilitätsprüfung der Zähne	6
10 üZ	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	6
11 pV	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung	19
12 bmf	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	10
13 F1 F2 F3 F4	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrice oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren a) einflächig b) zweiflächig c) dreiflächig d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	32 39 49 58

## Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG



Nr.	Leistungsbeschreibung	Punkte
25 Cp	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6
26 P	Direkte Überkappung, je Zahn	6
27 Pulp	Pulpotomie	29
28 VitE	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18
29 Dev	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11
31 Trep1	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11
32 WK	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal	29
34 Med	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	15
35 WF	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal	17
36 Nbl1	Stillung einer übermäßigen Blutung	15
38 N	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	10
40 I	Infiltrationsanästhesie	8
41 L1 L2	Leitungsanästhesie a) intraoral b) extraoral	12 16

## Leistungsverzeichnis für die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG



<b>43</b> X1	Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	10
<b>44</b> X2	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	15
<b>45</b> X3	Entfernen eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung	40
<b>46</b> XN	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	21
<b>47a</b> Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	58
<b>48</b> Ost2	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung	78
<b>49</b> Exz1	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes	10
<b>51a</b> Pla1	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion	80
<b>51b</b> Pla0	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie	40
<b>105</b> Mu	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	8
<b>106</b> sK	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung	10
<b>107</b> Zst	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung	16



### Punktwerte bayerischer Krankenkassen Quartal 4.2015

	KCH/PAR/KB	IP/FU	ZE	KFO
AOK	0,9938 **)	1,1016 **)	0,8358 **)	0,8544 **)
LKK	0,9765 *)	1,1100 *)	0,8358 **)	0,8395 *)
BKK	0,9959 **)	1,1073 **)	0,8358 **)	0,8563 **)
IKK	0,9394	1,0450	0,8358 **)	0,8077
Knappschaft	0,9959 **)	1,1078 **)	0,8358 **)	0,8563 **)
VDEK	0,9392	1,0450	0,8358 **)	0,8075
DAK Gesundheit	0,9392	1,0450	0,8358 **)	0,8075
Techniker Krankenkasse	0,9958 **)	1,1078 **)	0,8358 **)	0,8561 **)
Sozialamt, Voralberger Gebietskrankenkasse	0,9938 **)	1,1016 **)	0,8358 **)	0,8544 **)
Bundeswehr	1,0738 **)	1,0738 **)	0,9220 **)	0,9220 **)
Bundespolizei	1,0738 **)	1,1452 **)	0,8969 *)	0,9220 **)
Bayerische Bereitschaftspolizei	1,0738 **)	1,1452 **)	0,8969 *)	-----

Die Punktwerte gelten vorläufig bis zu neuen Vereinbarungen weiter.

\*) gültig ab 01.01.2014

\*\*) gültig ab 01.01.2015

Für KCH-, IP-, FU-, PAR- und KB-Leistungen gilt der Punktwert am Sitz der Krankenkasse,  
bei Wohnortkassen der Punktwert am Wohnort der/des Versicherten.  
Für KFO-Leistungen gilt für alle Krankenkassen der Punktwert am Sitz der Praxis.  
Für ZE-Leistungen gilt der bundeseinheitliche Punktwert.

## **Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis**

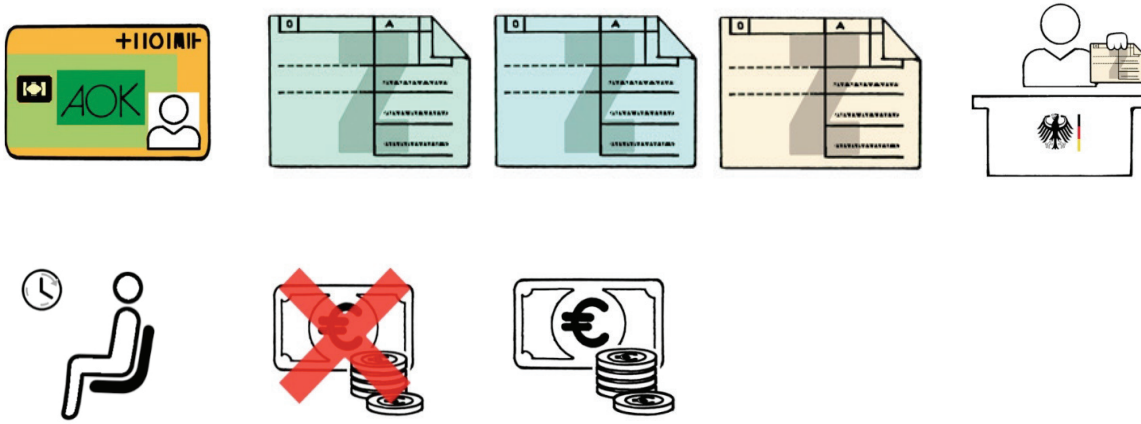
### **Kommunikation ohne Worte**



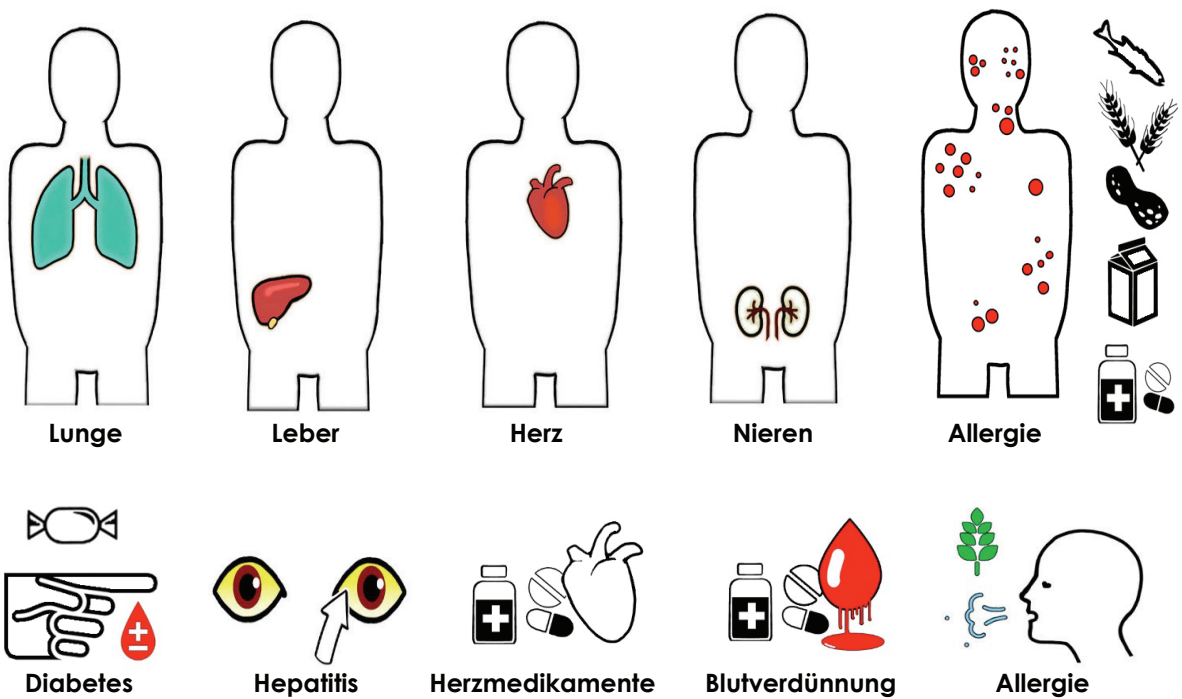
## **Rechtlicher Hinweis**

Das vorliegende Piktogramm dient der Veranschaulichung und soll die Zahnärztin/den Zahnarzt bei der Behandlung von Menschen unterstützen, die der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig sind. Das Piktogramm ersetzt nicht die Pflicht der Zahnärztin/des Zahnarztes aus dem Behandlungsvertrag zur umfassenden verständlichen und mündlichen Aufklärung der Patienten. Bei fremdsprachigen Patienten gehört es zu den Pflichten des Zahnarztes/der Zahnärztin, sich davon zu überzeugen, dass der Patient dem Aufklärungsgespräch folgen kann. Es muss gesichert sein, dass die Gefahr von Missverständnissen ausgeschlossen ist. Wenn zu befürchten ist, dass der Patient die ärztlichen Erläuterungen nicht richtig versteht, muss die Zahnärztin/der Zahnarzt grundsätzlich eine sprachkundige Person hinzuziehen.

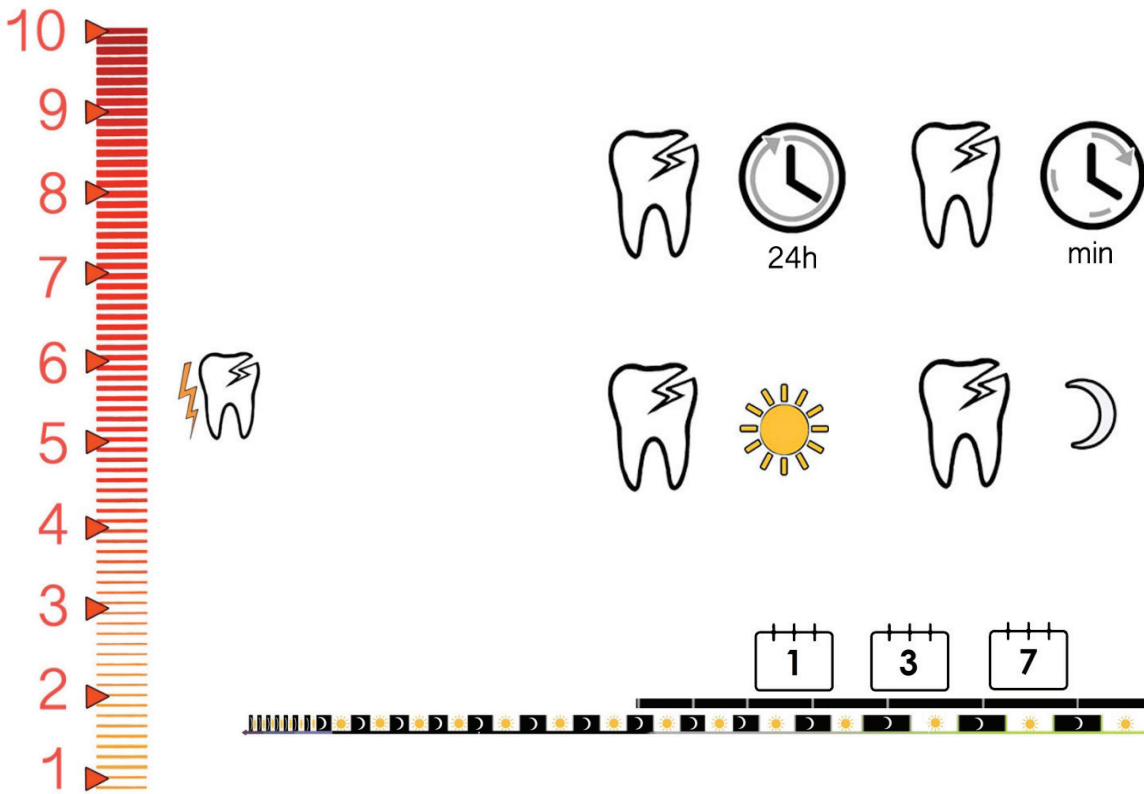
# Allgemeines



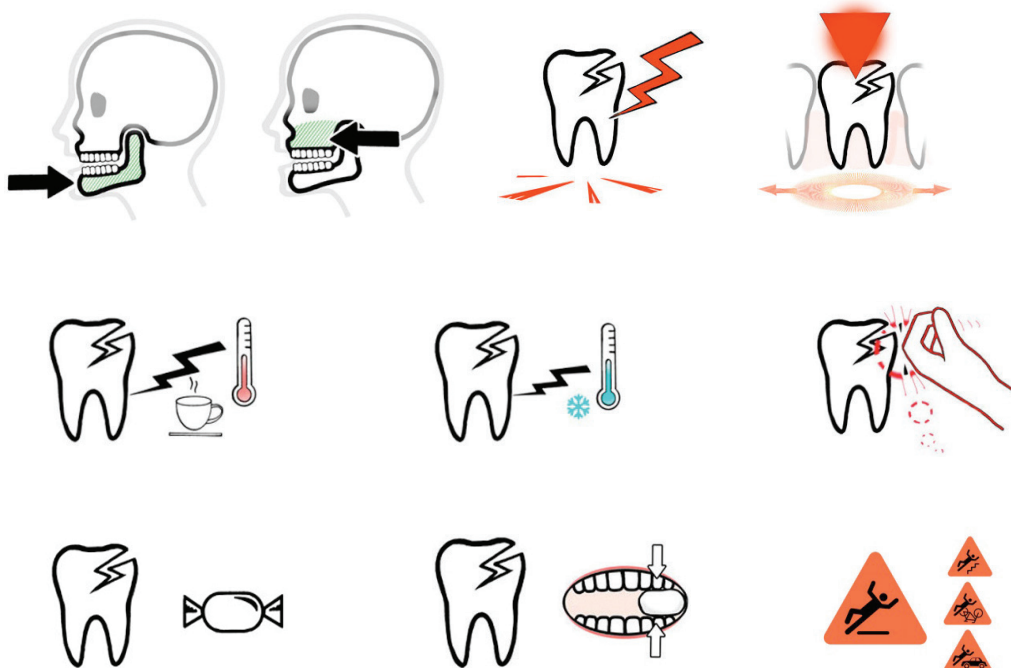
# Anamnese



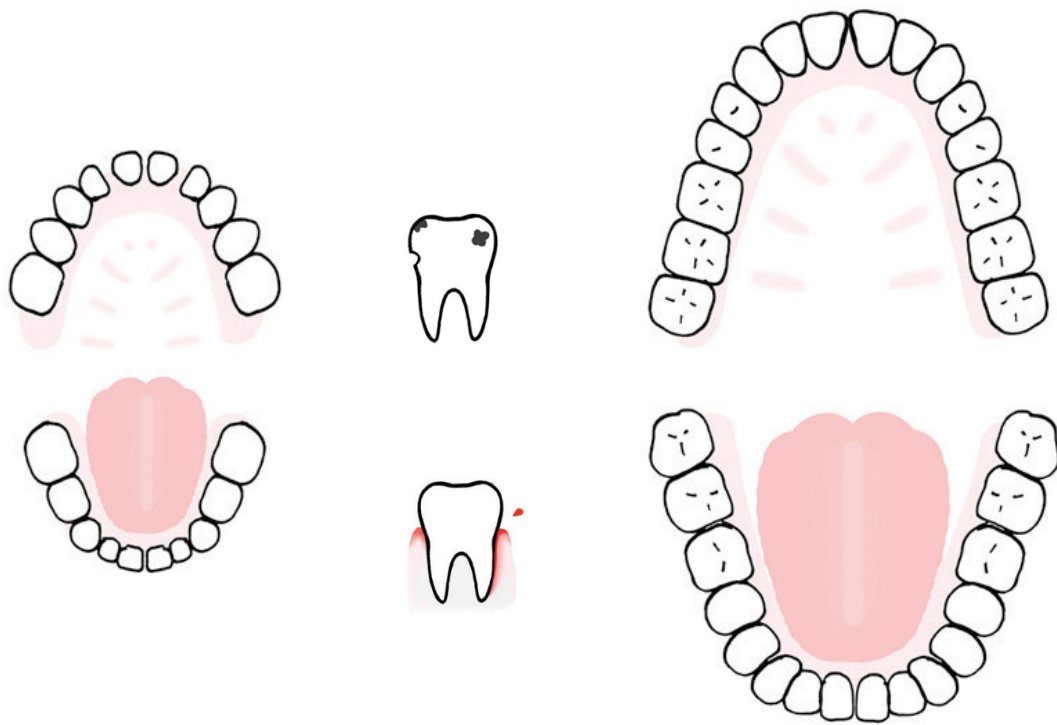
# Diagnostik



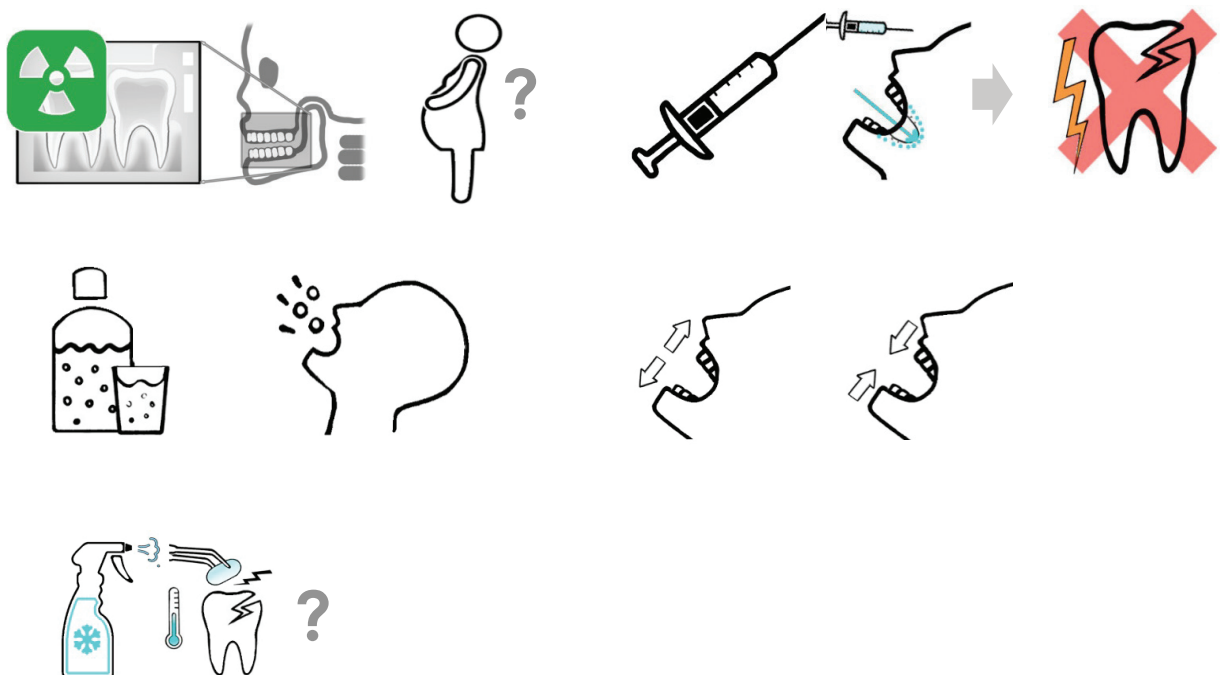
# Diagnostik



# Diagnostik

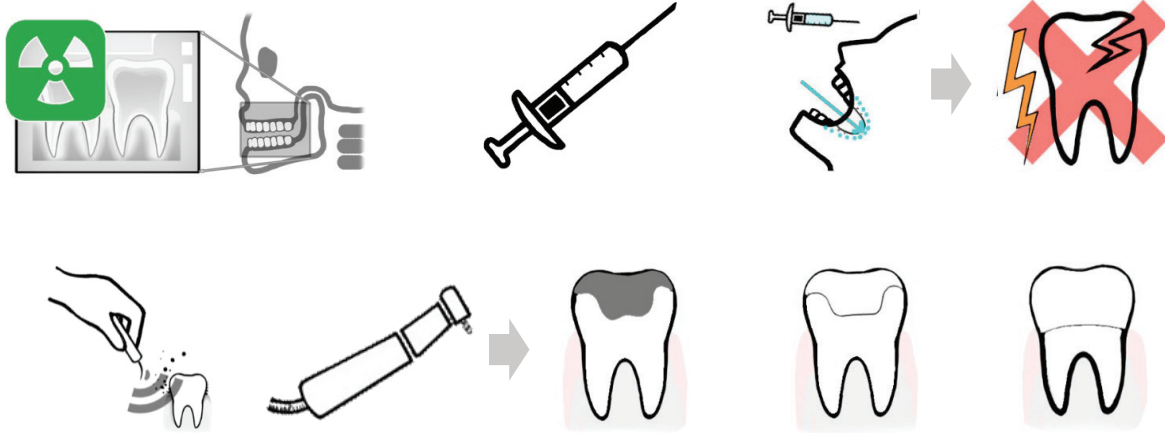


# Diagnostik

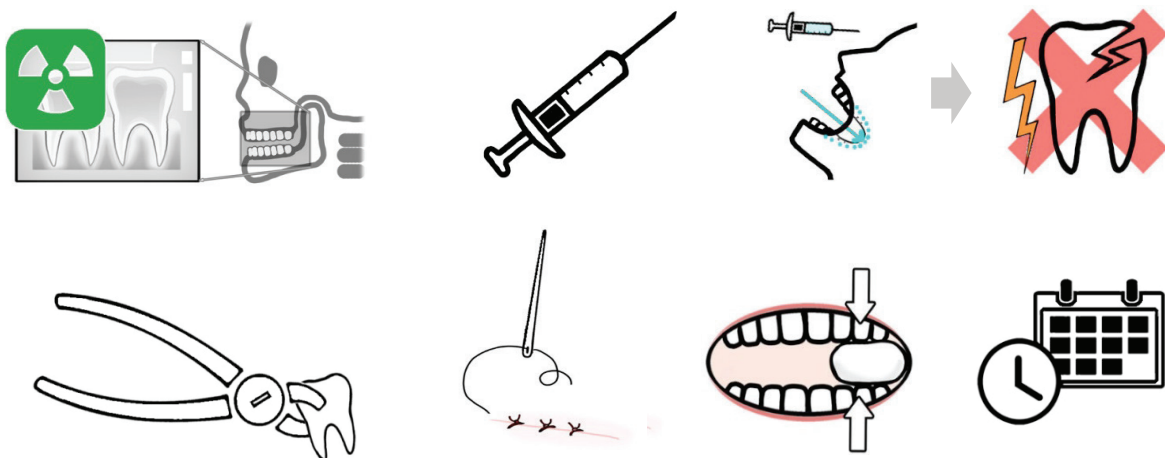




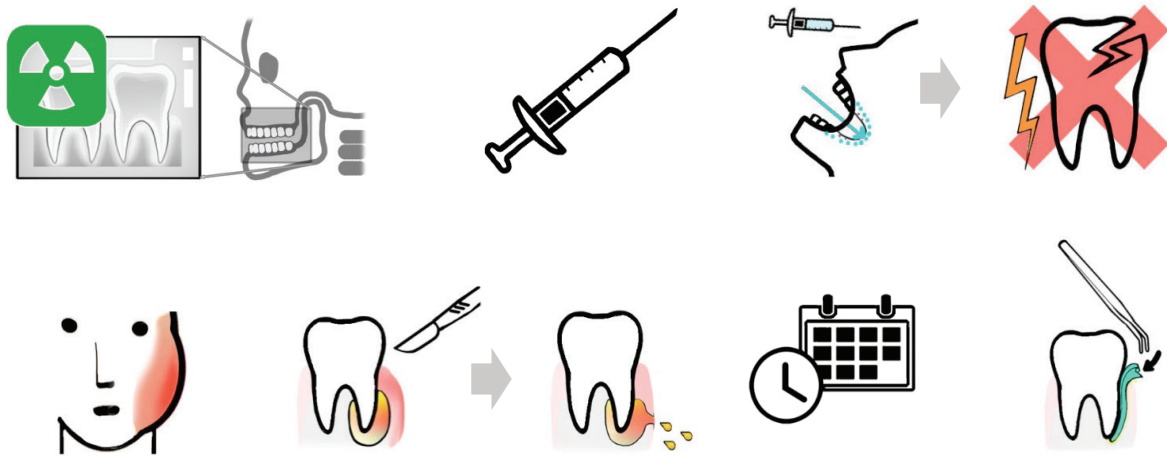
# Behandlung – Füllung



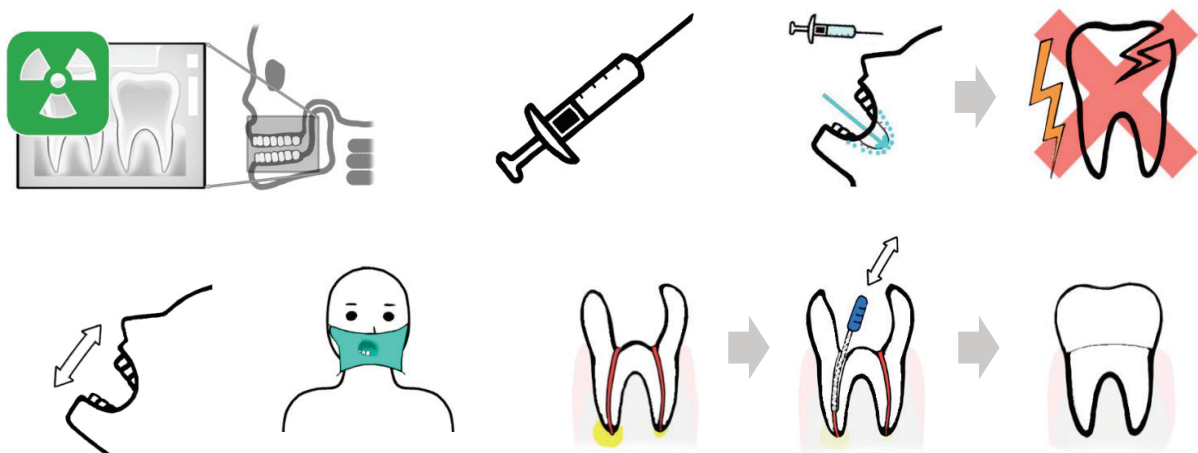
# Behandlung – Zahn ziehen



## Behandlung – Abszess



## Behandlung – Wurzelkanalbehandlung



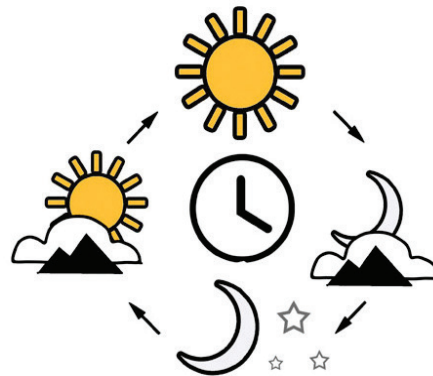
# Verhalten nach der Behandlung



**Antibiotika**



**Schmerzmedikamente**



BZÄK | Piktogrammheft für die Zahnarztpraxis 2015 **13**

## Impressum

Herausgeber:  
 Bundeszahnärztekammer  
 Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)  
 Postfach 04 01 80, 10061 Berlin  
 Chausseestraße 13, 10115 Berlin  
 Telefon: +49 30 40005-0  
 Fax: +49 30 40005-200  
 E-Mail: [info@bzaek.de](mailto:info@bzaek.de)  
[www.bzaek.de](http://www.bzaek.de)

Projektleitung: Dr. Juliane Gössling MPH  
 Redaktion: Dr. Jens Nagaba, Dr. Sebastian Ziller MPH, RA Eike Makuth, Dipl.- Des. Jette Krämer  
 Illustration: Konrad Eyferth  
 Beratung: Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

© BZÄK, Oktober 2015

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Inhalt der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die BZÄK, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Bundeszahnärztekammer kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die BZÄK behält es sich ausdrücklich vor, Teile des Informationsangebots oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der vorliegende Bogen soll die Zahnärztin/den Zahnarzt im Zuge des Erstkontakts mit Flüchtlingen und Asylbewerbern unterstützen. Lassen Sie Ihren Patienten ankreuzen, welche Sprache er in Wort und Schrift versteht, sodass Sie im Anschluss den korrekten Anamnesebogen verwenden können. Sollte Ihr Patient weder lesen noch schreiben können, finden Sie auf der Website Ihrer zahnärztlichen Körperschaften das neue Piktogrammheft. [HIER](#) oder über den QR-Code gelangen Sie zur Internetseite.



 Ich kann nicht lesen.	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe <b>deutsch</b> in Wort und Schrift.	<input type="checkbox"/>
Unë kuptoj <b>shqip</b> në të folur dhe me shkrim. 1. (Ich verstehe <b>albanisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
أجيد العربية تحدثاً وكتابة 2. (Ich verstehe <b>arabisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
I understand spoken and written English. 3. (Ich verstehe <b>englisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Je comprends français parlé et écrit. 4. (Ich verstehe <b>französisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Razumijem hrvatski rječju i slovom. 5. (Ich verstehe <b>kroatisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ez Kurmancî hem bi qesi/axaftin û hem bi nivîsandî fehm kirim. 6. (Ich verstehe <b>kurdisch-kurmandschi</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ez kanîn Sorani bî axaftin/qisekiri û nivîs fem bikirim. 7. (Ich verstehe <b>kurdisch-sorani</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ez Zazaki (Kırmoncki) qesei kerdene u nustede fam kon. 8. (Ich verstehe <b>kurdisch-zazza</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Јас разбирама македонски усмено и писмено. 9. (Ich verstehe <b>mazedonisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Razumijem crnogorski riječju i slovom. 10. (Ich verstehe <b>montenegrisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
من هم كتباً و هم شفاهى زبان فارسى را ميفهم 11. (Ich verstehe <b>persisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Me halowawa Romane te keraw lafi hem te pishinaw. 12. (Ich verstehe <b>romani</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ја говорим и пишем српски. 13. (Ich verstehe <b>serbisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Ben Türkçeyi sözlü ve yazılı olarak anlıyorum. 14. (Ich verstehe <b>türkisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>
Men o'zbek tilida yozolaman va so'zlasholaman. 15. (Ich verstehe <b>usbekisch</b> in Wort und Schrift.)	<input type="checkbox"/>

Liebe Patienten,

wir Zahnärzte sind gerne bereit, Sie zu untersuchen und zu behandeln. Sie sind in unseren Praxen herzlich willkommen.

Für die Durchführung einer Behandlung ist es erforderlich, dass Sie sich sprachlich mit dem Zahnarzt verständigen können. Ein Zahnarzt muss Ihnen Fragen stellen – zum Beispiel wo genau Schmerzen vorhanden sind, wie lange die Schmerzen vorliegen oder ob Sie ein Druckgefühl verspüren. Ihre Antworten sind wichtig, um festzustellen, welche Erkrankung vorliegt und welche Behandlung für Sie geeignet ist.

Über diese Behandlung und über mögliche Risiken der Behandlung muss der Zahnarzt Sie aufklären. Daher ist es wichtig, dass Sie mitteilen können, ob zum Beispiel Allergien gegen bestimmte Medikamente bestehen oder Erkrankungen wie HIV oder Hepatitis C vorliegen oder eine Schwangerschaft besteht. Würde der Zahnarzt Sie behandeln, ohne dass er diese Informationen erhalten hat oder ohne Sie aufzuklären, könnte er sich strafbar machen und vor allem auch ihre Gesundheit gefährden.

Falls Sie also selber kein Deutsch sprechen, bringen Sie zur Behandlung bitte eine Person mit, mit der sich der Zahnarzt verständigen kann. Diese Person muss kein ausgebildeter Dolmetscher sein, aber ausreichend Deutsch sprechen und verstehen können.

Zur Behandlung bringen Sie bitte den ausgefüllten anhängenden Patientenerhebungsbogen mit.

Bitte bringen Sie zudem Ihren Identitätsnachweis sowie einen Krankenbehandlungsschein mit. Für Informationen zu dem Krankenbehandlungsschein sprechen Sie bitte das zuständige Amt der Gemeinde (häufig das Sozialamt) oder die Leitung der Einrichtung an, in der Sie derzeit untergebracht sind.

Wir werden Sie so gut wie möglich versorgen!

*Ihre Zahnärzte in Westfalen-Lippe*

#### **Hinweis**

Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme für zahnärztliche Behandlungen - einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen - nur bei "Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände" gewährt wird. Eine Kostenübernahme für Zahnersatz erfolgt nur, soweit die Versorgung im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist und ein vom zuständigen Amt genehmigter Heil- und Kostenplan vorliegt. (§ 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz)

Të dashur pacientë,

ne dentistët jemi të gatshëm me kënaqësi që t' ju vizitojmë dhe t' ju mjekojmë. Ju jeni të mirëpritur në ordinancat tona.

Për zhvillimin e një mjekimi është e nevojshme që të mund të komunikoni me dentistin. Një dentist duhet t' ju shtrojë pyetje - për shembull se ku i keni dhimbjet saktësisht, sa kohë i keni dhimbjet apo nëse ju keni një ndjenjë presioni. Përgjigjet tuaja janë të rëndësishme për të konstatuar nga cila sëmundje vuani dhe cili trajtim është i përshtatshëm.

Dentisti duhet t' ju sqarojë mbi këtë mjekim dhe për rreziqet e mundshme të mjekimit. Prandaj është e rëndësishme që ju të jeni në gjendje të tregoni nëse ju, për shembull, keni alergji kundër medikamenteve të veçanta ose ka sëmundje si p.sh. HIV ose hepatit C ose një shtatzëni. Nëse dentisti do t' ju mjekonte pa i marrë këto informacione ose pa ju informuar, ai mund të bëhet i dënueshëm dhe para se gjithash ai mund të rrezikonte edhe shëndetin tuaj.

Pra, nëse ju vet nuk flisni gjermanisht, sillni me vete në mjekim një person që mund të komunikojë me dentistin. Ky person nuk duhet të jetë një përkthyes i kualifikuar, por duhet të flasë dhe të kuptojë gjermanisht në mënyrë mjaftueshme.

Për mjekimin silleni me vete, ju lutemi, fletën e plotësuar për mbledhjen e të dhënave të pacientëve që është e bashkëngjitur.

Ju lutemi, silleni me vete edhe dëshminë tuaj për identitetin si dhe kupon për trajtimin e pacientit. Për informacione mbi fletën për kuponin për trajtimin e pacientit flisni, ju lutemi, me zyrën përgjegjëse të komunës (shpesh është zyrë sociale) ose me drejtorinë e institucionit, ku jeni strehuar momentalisht.

Ne do të kujdesemi për ju sa më mirë të jetë e mundur!

*Dentistët tuaj në Westfalen-Lipe*

#### **Udhëzim**

Ju lutem keni parasysh se rimbursimi i kostove për shërbimet e domosdoshme të mjekimit dentar – duke përfshirë edhe përkujdesjen me ilaçe dhe materialeve lidhëse si edhe të tjerave për shërim, për përmirësimin apo për lehtësimin e sëmundjeve apo pasojave të sëmundjeve – ju jepet vetëm për “mjekimin akut të sëmundjeve dhe gjendjeve të dhimbjeve”. Një rimbursim i kostove për proteza dhëmbësh kryhet vetëm në masën kur mjekimi në raste të veçanta për arsye mjeksore nuk mund të shtyhet dhe ekziston një plan i miratuar shërimi dhe kostosh nga zyrat kompetente. (§ 4 par. 1 Ligji për pagesat e azilantëve)

أعزائنا المرضى،

يسرنا كأطباء أسنان أن نقوم بالكشف الطبي عليكم وكذلك علاجكم، كما يسرنا أن نرحب بكم في عيادتنا. لتنفيذ العلاج، فمن الضروري أن يكون التواصل والتفاهم مع طبيب الأسنان ممكناً. وطبيب الأسنان مُجبر على أن يوجه أسئلةً إليكم وعلى سبيل المثال حول تحديد موضع الألم على وجه الدقة، ومنذ متى تعانون من الألم وإن كنتم تشعرون بالضغط. أجوبتكم مهمة لتشخيص المرض الذي تعانون منه ومن ثم تحديد العلاج المناسب لكم.

ولابد لطبيب الأسنان من أن يقوم بتثويركم عن هذا العلاج والمخاطر المحتملة ولذلك فإنه أمر ضروري أن تخبروا الطبيب في حالة وجود أية أنواع حساسية ضد أدوية معينة تعانون منها وإن كنتم مصابين بمرض فيروس نقص المناعة البشرية (ايدز) أو التهاب الكبد الفيروسي من نوع سي (ج) أو إن كانت هناك حالة حمل. وإن قام طبيب الأسنان بعلاجكم دون حصوله مسبقاً على هذه المعلومات ودون قيامه بتثويركم (توفير الشرح لكم) فإن هذا سيُعرضه للعقوبة وقيل كل شيء سيُشكل العلاج خطراً على صحتكم.

ولذلك فإن كنتم لاتجيدون اللغة الألمانية فيرجى اصطحاب شخص معكم إلى العيادة لكي يتمكن طبيب الأسنان من التفاهم معكم. وليس من الضروري أن يكون هذا الشخص مترجماً محترفاً غير أنه يتعين أن يجيد اللغة الألمانية بصورة كافية وقادراً على التفاهم.

يرجى جلب استمارة حصر بيانات المريض Patientenerhebungsbogen والمرفقة طيه معكم ليوم المراجعة.

كما يرجى إحضار ما يثبت هويتكم وشهادة صرف العلاج الطبي معكم Krankenbehandlungsschein.

بخصوص المعلومات حول شهادة صرف العلاج الطبي Krankenbehandlungsschein فيرجى مراجعة الهيئة المختصة في منطقتكم (وهي غالباً ماتكون دائرة الإعانات الاجتماعية Sozialamt) أو المشرف على المؤسسة التي تقيمون فيها حالياً.

سنقوم برعايتكم صحياً بأفضل وجه وفقاً للإمكانيات المتوفرة.

ودمتم،

لأطباء الأسنان في ولاية فيستفالن لبييه

#### ملاحظة

يُرجى العلم بأن تغطية تكاليف علاج الأسنان بما فيه الأدوية ومواد التضميد وكافة الإجراءات الأخرى اللازمة للتعافي من المرض أو لتحسين أو تخفيف حدته أو تبعاته لاتتم إلا في حالات **"علاج الأمراض الحادة والألم البارح"**. كما أن منح موافقة على تغطية تكاليف استعاضة الأسنان أمر غير وارد إلا في الحالات الفردية التي لاتقبل تأجيلها لأسباب طبية وإن توفرت موافقة الهيئة الرسمية المختصة على خطة علاج الأسنان واستعاضتها. (المادة 4 الفقرة 1 قانون إعانات طالبي اللجوء)



3. (englisch)

Dear patients,

We dentists are pleased to provide you with examination and treatment. We welcome you to our practices.

In order to conduct treatment, you have to be able to communicate verbally with the dentist. A dentist has to ask you questions such as where the pain is exactly, how long the pain has been there or whether you feel pressure. Your answers are important to determine the problem and what type of treatment is appropriate for you.

The dentist has to inform you of this treatment and potential risks associated with the treatment. Therefore it is important that you can communicate whether, for example, you have any drug allergies or diseases such as HIV or hepatitis C, or whether you are pregnant. If the dentist treats you without having obtained this information or without providing you with the required information, they could incriminate themselves and, most importantly, they could put your health at risk.

If you do not speak German, please bring someone with you to the appointment, with whom the dentist can communicate. This person does not have to be a trained interpreter, but should be able to communicate and understand German sufficiently.

Please complete the attached patient questionnaire and bring it with you to your appointment.

Please also bring proof of your identity and a treatment voucher (Krankenbehandlungsschein) with you. For further information about treatment vouchers, please contact the responsible municipal department (often the social services department) or the management of the institution, in which you are currently living.

We will provide you with the very best care possible!

*Your dentists in Westfalen-Lippe*

**Note**

Please be aware of the fact that costs for dental treatment including any medications, bandaging material or other services required for convalescence, recovery or alleviation of illnesses or the residual effects of illnesses will only be reimbursed for "treatment of acute illnesses and pain". The costs for dental prostheses are reimbursed if urgently necessary for medical reasons and the treatment plan and cost estimate have been approved by the responsible authorities. (§ 4 Section 1 of the German Asylum Seekers' Benefit Act)

4. (français)

Chers patients,

Nous, dentistes, sommes volontiers à votre disposition pour vous examiner et vous soigner. Vous êtes les bienvenus dans nos cabinets dentaires.

Pour les soins que nous prodiguons, il est essentiel que vous et votre dentiste parlent la même langue. Un dentiste a des questions à vous poser – par exemple pour savoir exactement où et depuis combien de temps vous ressentez des douleurs et si vous éprouvez une sensation de pression. Vos réponses sont importantes pour déterminer le type d'affection dont vous souffrez et les soins appropriés pour y remédier.

Le dentiste doit vous informer à propos de ces soins et sur les risques qu'ils peuvent éventuellement représenter. Il est par conséquent essentiel que vous puissiez lui indiquer si vous êtes sujet par exemple à des allergies à certains médicaments ou si vous souffrez de VIH ou d'hépatite C, ou encore si vous êtes enceinte. Un dentiste qui vous soignerait sans avoir obtenu ces informations ou sans vous informer pourrait se rendre coupable d'un délit et s'exposer à des sanctions pénales et également, surtout, menacer votre santé.

Si donc vous ne parlez pas l'allemand, veuillez vous faire accompagner par quelqu'un qui soit capable de communiquer avec le dentiste. Il n'est pas nécessaire que cette personne soit un interprète professionnel; il lui suffit de parler et de comprendre suffisamment bien la langue allemande.

Pour le traitement, veuillez apporter avec vous la fiche de renseignements sur le patient en annexe, dûment remplie.

Munissez-vous aussi d'un document prouvant votre identité et également d'un certificat de traitement médical. Pour plus amples informations sur le certificat de traitement médical, veuillez vous adresser à l'office communal compétent (en général le bureau d'aide sociale) ou à la direction de l'organisme où vous êtes actuellement hébergé.

Nous vous soignerons le mieux possible!

*Vos dentistes de Westphalie-Lippe*

**Remarque**

Veillez noter que la prise en charge des coûts de consultation dentaire - y compris la prescription de médicaments et de pansements, au même titre que toutes les prestations visant à la guérison, à l'amélioration ou au soulagement de maladies ou de conséquences de maladies - n'est assurée que pour le «traitement de maladies et états aigus». Une prise en charge des coûts de prothèses dentaire n'a lieu que si la prescription de soins médicaux ne peut pas être repoussée, au cas par cas et pour des raisons médicales, et seulement sur présentation d'un devis personnalisé approuvé par l'office compétent. (§ 4 alin. 1 Loi sur le travail des requérants d'asile).

5. (kroatisch)

Poštovani pacijenti,

nama zubarima zadovoljstvo je pregledati Vas i liječiti. Srdačno ste dobrodošli u naše ordinacije.

Kod liječenja zuba potrebno je da se možete sporazumjeti sa zubarom. Zubar Vam mora postaviti pitanja: gdje Vas točno boli, koliko dugo se javlja bol i osjećate li pritisak na tom mjestu. Vaši odgovori su bitni kako bi zubar ustanovio o kojem oboljenju se radi i koji način liječenja je za Vas najprikladniji.

Sa zubarem morate razgovarati o tom načinu liječenja i mogućim rizicima. Stoga je važno da možete obavijestiti zubara, naprimjer, jeste li alergični na određene lijekove ili imate bolesti kao što su HIV ili hepatitis C ili ste trudni. Ako bi Vas zubar liječio bez saznanja tih informacija ili bez da Vam objasni sve što je potrebno, mogao bi biti kažnjen i što je najgore mogao bi ugroziti Vaše zdravlje.

Ako sami ne pričate njemački, na termin kod zubara povedite osobu koja se može sporazumjeti sa zubarem. Ta osoba ne mora biti profesionalni prevoditelj no mora u dovoljnoj mjeri pričati i razumjeti njemački.

Kod zubara ponesite popunjeni priloženi Anketni obrazac za pacijenta.

Također ponesite osobnu iskaznicu i potvrdu o liječenju. Za informacije o potvrdi o liječenju obratite se općinskom uredu (obično je to zavod za socijalno osiguranje) ili rukovodstvu ustanove u kojoj ste trenutno smješteni.

Pružiti ćemo Vam najbolje usluge!

*Vaši zubari u pokrajini Westfalen-Lippe*

#### **Napomena**

Imajte na umu da su troškovi dentalnog liječenja, uključujući lijekove i zavoje te druge usluge potrebne za liječenje, ozdravljenje ili ublažavanje bolesti ili posljedice oboljenja, zajamčeni samo kod "liječenja akutnih oboljenja i uklanjanja boli". Podmirenje troškova zamjene zuba obavlja se samo ako se usluga u pojedinom slučaju iz medicinskih razloga ne može odgoditi i ako se moraju slijediti plan liječenja i troškovnik koji je odredila nadležna institucija (čl. 4, odl. 1 njemačkog Zakona o pružanju medicinskih usluga tražiteljima azila).

Nexweşên xweşewîst,

Em Textorên dirana bi dilxweşî amadene li nexweşiyên we bikolin (fehis bikin) û çareser bikin. Win gelekî bixêrbên nexweşxaneyên me.

Jibo çareseriya nexweşiyê pêwîste têgehiştina ziman û axaftin bi Textorê diran re baş bê. Her Textorêkî dirana wê pirsan ji we bikê: weke nemûne – cihê êşê li kuderê ye, êşa te ji kenkî ve destpêkiriye, yanî ti hest bi fişarê (zextê) li ser diran dikê yan na? Bersivên we gelekî giringin, da ku Textor bizanibin çî nexweşiyên we hene û çareserî û derman destnîşan bikê.

Li ser şewazên (rê yên) çareseriyê û metirsiyên, ku dibe di berhema wê de derkevin, pêwîste her Textorek ji we re şirove (eşkere) bikê. Jiber wê gelekî giringe, ku win bikaribin jê re bêjin: weke nemûne – narehetiya (hesasiyet) we beramber çî dermanan, yanî hin nexweşiyên taybet weku HIV (AIDS), yanî zerika reş (Hippatit C), yanî ducanî (hemil) heye yan na? Her Textorêkî, ku we çareser bike û wan agehdariyan (informasion) ji we ne pirse û şirove neke, xwe dixê jêr tawanbariyê (siza, ceza) û jiblî wê tendrustiya we jî dikeve jêr metirsiyê (tehlûkê) de.

Heger win bixwe zimanê elemanî nizanibin, kesekî (mirovêkî), ku ziman dizane û bikaribe bi Textor re biaxive bi xwe re bênin. Ne merce (ne şerte), ku ew mirov wergêrekî (Tercûman) fermî (resmî) be, lê belê pêwîste ku bizanibe bi elemanî biaxive û têbighêje.

Jibo çareseriya nexweşiyê (îlacê), ji kerema xwe kaxeza pirs û bersivan a jibo Nexweşan pîrr bikin û bi xwe re bênin.

Herweha, ji kerema xwe nasnama xwe ya kesayetî (nifûs) û kaxeza (nama) razîbûna çareseriya nexweşiyê bi xwe re bênin. Jibo bidestxistina kaxeza (nama) razîbûna çareseriya nexweşiyê, ji kerema xwe bi cihê/daîreya alîkariya civakî re/berpirsyar ya bajarrokê (pîrr caran ev Daîra Sosyalê ye), yanî bi rêvebirên cihê, ku win di dema hazir de lê dijîn bi axivin (bixwazin).

Emê bi baştrîn şewaz xizmeta we bikin!

Textorên we yên dirana li Westfalen-Lippe

### Hişyarî

Ji kerema xwe re ber van rewşan baldar bin; divê bi tenê nexweşiyên akût û rewşên êş kişandinê de ev mesref ên ku, ji bo tedawiyên dirana bi tev de derman û alavên pêçandinê, her wiha ji bo şifa dîtinê û ji bo baş bûnê an jî ji bo sivikkirina nexweşiyê an jî ji bo kirariyên pêwîst en ku ji bo xilaskirina tesîrên nexweşiyê, yê binê dayîn.

Divê mesrefên ji bo ji nû ve çêkirina diranekî yên bîn dayin, eger li ber sedemên tibî ve ev hewandin nikarêbe bê paşde xistin û eger plana mesref-silametiye ya ku li daîreya berpirsyar hatiye wergirtin hebe. (§ 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz)

## نەخۆشی خۆشه‌ویست

ئێمە پزیشکی دان بە دڵیکی خۆشه‌وه ئاماده‌ین لیکۆلینه‌وه له نەخۆشییه‌کانتان بکەین و هه‌روه‌ها چاره‌سه‌رییان بکەین. زۆر به‌ خێر بێن بۆ لای ئێمه.

بۆ چاره‌سه‌رکردنی نەخۆشی پێویست به‌ زانینی زمانی ئالمانی ده‌کات، بۆ تیگه‌یشتن له‌ گه‌ل پزیشکی دان، له‌ به‌ر ئه‌وه‌ی پزیشک پرسیارتان لێده‌کا: بۆ نمونه - کویت دیشی، له‌ که‌یه‌وه‌ نازارت هه‌یه‌ یا خود فشار له‌ سه‌ر دانت هه‌یه‌ یان نا؟ وه‌لامه‌کانتان زۆر گرینگ بۆ ئه‌وه‌ی پزیشک چاره‌سه‌ری راست و دهرمانی گونجواتان پێیدا.

ئهرکی پزیشک ئه‌وه‌یه‌ که‌ شیوازی چاره‌سه‌رکردنتان بۆ ئیوه‌ روون بکاتمه‌وه‌ و هه‌روه‌ها ئه‌وه‌ مه‌ترسیانه‌ی که‌ ره‌نگه‌ له‌ ئه‌نجامدا روو بدهن.

له‌ به‌ر ئه‌وه‌ زۆر گرینگه‌ که‌ ئیوه‌ بتوانن بۆ پزیشک روونکهنه‌وه‌: وه‌ک نمونه‌ هه‌ستیاریتان (هه‌ساسیه‌ت) به‌رانه‌ر به‌ چ دهرمانیک هه‌یه‌ یان ئایا هه‌یج نەخۆشی تاییه‌نتان وه‌کو ئه‌یدس ( )، زه‌ردوویی (هه‌نیاتیتس) هه‌یه‌ یا خود دوو گیانه‌ (زگپری)؟

هه‌ر پزیشکیک که‌ چاره‌سه‌ری نەخۆشیتان ده‌کات پێسته‌ ئه‌م پرسیارانه‌تان لیکات و هه‌روه‌ها زانیاری پێویستی له‌ سه‌ر باری تهن‌دروستیتان هه‌بیت، ئه‌گه‌ر نا خۆی به‌رانه‌ر به‌ یاسا تاوانبار ده‌کات. جگه‌ له‌وه‌ش مه‌ترسی له‌ سه‌ر باری تهن‌دروستی ئیوه‌ش هه‌یه‌.

ئه‌گه‌ر خۆتان زمانی ئالمانی نازانن، که‌سێک که‌ زمانی ئالمانی ده‌زانن له‌ گه‌ل خۆتان بێنن که‌ توانای وه‌رگیرانی بۆ پزیشک هه‌بیت.

مه‌رج نییه‌ ئه‌وه‌ که‌سه‌ وه‌رگیری فهرمی بیت، به‌لام زۆر گرینگه‌ توانای قسه‌کردن و تیگه‌یشتنی زمانی ئالمانی هه‌بیت. بۆ چاره‌سه‌رکردنی نەخۆشییه‌کانتان تکایه‌ کاغەزی پرسیار وه‌لام پیرکهنه‌وه‌ و له‌ گه‌ل خۆتان بێنن. هه‌روه‌ها تکایه‌ ناسنامه‌ی که‌سایه‌تی خۆتان و نامه‌ی رازیبوون له‌سه‌ر چاره‌سه‌ری نەخۆشییه‌که‌ت له‌ گه‌ل خۆت بێنه‌.

بۆ وه‌ده‌ست هه‌ینانی نامه‌ی رازیبوون له‌ سه‌ر چاره‌سه‌ری نەخۆشی تکایه‌ پێوه‌ندی به‌ به‌ریوه‌به‌رایه‌تی یارمه‌تیدانی کۆمه‌لایه‌تی (سۆسیال نامت) یان ده‌ گه‌ل به‌ریوه‌به‌ری شوینی نیشه‌جی‌بوونتان بگرن.

ئێمه‌ ئاماده‌ین به‌ باشترین شیواز خزمه‌تتان بکەین.

ده‌سته‌ی پزیشکانی دان له‌ ناوچه‌ی ویستفالن - لیبی .

### ئاگاداری

تکایه‌ ئاگادار به‌ که‌ خه‌رجی چاره‌سه‌رکردنی نەخۆشی دان - به‌ هه‌موو مه‌سه‌ره‌فی داو دهرمان و هه‌رچی تر که‌ پێویسته‌ بۆ چاکبوونه‌وه‌ له‌ نەخۆشی و باشترکردنی باری تهن‌دروستی و که‌مه‌کردنی ژان و نازار - ته‌نها له‌ حاله‌تی چاره‌سه‌رکردنی نەخۆشی سه‌خت و حاله‌تی نازاری به‌هه‌یز ده‌گرینه‌ ئه‌ستوو. مه‌سه‌ره‌فی داندانان ته‌نها له‌ حاله‌تیک ده‌دریت ئه‌گه‌ر بیت له‌ حاله‌تیک تاکدا له‌ رووی پزیشکییه‌وه‌ زۆر پێویست بیت و له‌هه‌مان کاتدا له‌ لایه‌ن فهرمانگه‌ی په‌یوه‌سته‌وه‌ نەخشه‌ی عیلاج و خه‌رجی عیلاجکه‌ که‌ ره‌زامه‌ندی له‌سه‌ر کرا بیت له‌به‌ر ده‌سته‌ بیت. (به‌ پێی ماده‌ی 4 له‌ یاسای په‌نابه‌ران)

8. (kurdisch-zaza)

Nêwesê delali,

ma saba muayene u tedawiê/derman kerdena sima hazirimê.

Sima muayenexane ma rê xêr amê!

Saba tedawiê sima gereke Doxtorê didanu de hete zon ra bîşikie ke qesei bikerê u fam bikerê. Doxtorê didanu mecburo ke sima ra tae çî pers bikero. Mesela didanê sima tam kot deceno, caê deci kotio, çî wexto ke didanê sima deceno ya ki sima basqi his kenê? Cûabê sima muhimê, çike cûabunê sima ser ma sene nêweşie u sene tedavi minasibo tesbit kenmê.

Doxtorê didanu mecburo ke sima ni nêweşiu ser u muxtemel risku ser sima ebe malumatu roşt kero. Cok ra muhimo ke sima gereke eke estê nêweşia xo ra, mesela vera dermonunêne esta, alergiê sima esto ya ki çino, ya ki mesela jê HIV ya ki Hepatitis C nêweşia sima esta ya ki çina, ya ki sima digonê ya ki niê.

Doxtorê didanu eke bêni malumatuna sima ya ki sima bêzandar tedavi kerd qabat keno u her çî ra ravêr weşia u sihaxtia sima keno texlika.

Sima eke ebe xu Alamanki nêzanenê eke amai tedavi ju zonê Alamanki zanedario ke Doxtor yi fam keno xo de tey biarê.

Sima ke amai tedavi keremê xo ra '**Kaxita haqa şaxis de malumat quretene**'a ke kerda pîrr u lewe xo de ra tey biarê.

Keremê xo ra ju ki '**Kaxita Nasname**'ê yane defterê nûfuse ya ki pasaporte u '**Tedawi rê Kağita Nêweşie**' xo de tey biarê.

Saba malumatê 'Tedawi rê Kağita Nêweşie' cao ke sima tey manenê uca de mamurieta dewe/qeza/suke (Na mamuriete jede 'Mamurieta Soçial' nas bena) ya ki serokê qisimê na mamuriete de qesei bikerê.

Mı en rınd qaitê sima benmê!

*Westfalen-Lippe de Doxtorê Didanê sima*

#### **Temei**

Keremê xo ra haydır bîbê ke masrafê ke tedawiê didanu ra vêcinê – Dermani, çîê pîlosne pîroi hem ki wes u rınd biayenerê ya ki nêweşiu u nêweşie ra têpia tedavi karê ke zobina luzım kenê ninu de say benê – tek teyna „nêweşia akut/desinde/tau de u halê dec de“ temin benê. Masrafê protezê didanu sade tek tek halde eke sebebê tîb ra lerze keno ya ki teyir nêbeno u maqamê mesul ra plana wes kerdene u masrafi esta sigorta nêweşie dana.

(Qanunê § 4, bend 1 Qanunê icraê multeciê taleb kerdoxu)

9. (mazedonisch)

Драги пациенти,

ние заболелкарите сме подготвени, со задоволство да Ве прегледаме и лекуваме. Вие сте добредојдени во нашите ординации.

За спроведување на лекувањето потребно е да можете јазично да се разберете со заболелкарот. Заболелкарот мора да има можност да Ви поставува прашања – на пример каде точно имате болки, колку долго веќе ги имате болките или пак дали чувствувате притисок. Вашите одговори се важни за да може да се одреди за какво заболување станува збор и каков вид на лекување би одговарал за Вас.

Во врска со таквото лекување, а и за можните ризици од лекувањето, заболелкарот мора да може да Ве информира. Затоа е важно да можете да соопштите, дали на пример постојат алергии против одредени лекови или заболувања како ХИВ или Хепатитис Ц или дали постои бременост. Доколку заболелкарот би Ве лекувал без да ги има примено овие информации, или без да Ве информира за ова, во тој случај тој би можел да биде казнет, но пред сè, да Ви го загрози здравјето.

Доколку не зборувате германски, на терминот понесете со Вас некој кој би можел да се разбере со заболелкарот. Тоа не мора да биде професионален преведувач, но мора да биде некој, кој во доволна мерка зборува и разбира германски.

На лекувањето понесете го пополнетиот приложен Формулар за податоци за пациентот.

Покрај тоа понесете го и Вашиот доказ за идентитет како и потврда за болничко лекување. За информации во врска со потврдата за болничко лекување обратете се до надлежната служба или општина (честопати центарот за социјални работи) или до раководството на установата, во којашто сте во моментот сместени.

Ќе се погрижиме за Вас што е можно подобро!

*Вашите заболелкари во Вестфален-Липе*

#### **Упатство**

Ве молиме имајте предвид дека преземање трошоци за заболелкарски третмани, вклучувајќи го снабдувањето со лекаства и завои, како и други услуги неопходни за заздравување, оздравување или за ублажување болести или последици од нив, се доделува само за „третман на акутни болести и состојби на болки“. Преземање трошоци за замена на заб се врши само доколку тоа во конкретниот случај не може да се одложи од медицински причини и доколку постои план за лекување и трошоци што е одобрен од службата (§ 4, став 1 од Законот за услуги на апликанти за азил (Asylbewerberleistungsgesetz)).

10. (montenegrisk)

Poštovani pacijenti,

nama zubarima je zadovoljstvo pregledati Vas i liječiti. Srdačno dobrodošli u naše ordinacije!

Kod liječenja zuba potrebno je da se možete sporazumjeti sa zubarom. Zubar Vam mora postaviti pitanja – naprimjer gdje Vas tačno boli, koliko dugo se javlja bol i da li osjećate pritisak na tom mjestu. Vaši odgovori su važni da bi zubar ustanovio o kom oboljenju se radi i koji metod liječenja je za Vas najprikladniji.

Sa zubarem morate razgovarati o tom načinu liječenja i potencijalnim rizicima. Stoga je važno da možete obavijestiti zubara, naprimjer, da li ste alergični na određene medikamente ili da li imate bolesti kao što su HIV ili hepatitis C ili ste trudni. Ako bi Vas zubar liječio bez znanja tih informacija ili bez da Vam objasni sve što je potrebno, mogao bi biti kažnjen i, šta je najgore, mogao bi ugroziti Vaše zdravlje.

Ako ne pričate njemački, na termin kod zubara povedite osobu koja se može sporazumjeti sa zubarem. Ta osoba ne mora biti profesionalni prevoditelj, ali mora u dovoljnoj mjeri pričati i razumjeti njemački.

Kod zubara ponesite popunjen priloženi Formular za podatke o pacijentu.

Takođe ponesite ličnu kartu i sertifikat o liječenju. Za informacije o potvrdi o liječenju obratite se lokalnom uredu (u pravilu je to zavod za socijalno osiguranje) ili rukovodstvu institucije u kojoj ste trenutno smješteni.

Rado ćemo Vam pružiti najbolje liječenje!

*Vaši zubari u pokrajini Westfalen-Lippe*

#### **Napomena**

Imajte na umu da su troškovi zubarskog liječenja, uključujući medikamente, zavoje i druge usluge potrebne za liječenje, ozdravljenje ili ublažavanje bolesti ili njenih posljedica, zagarantovani samo kod "liječenja akutnih bolesti i suzbijanja boli". Podmirenje troškova zamjene zuba obavlja se samo ako se usluga u individualnom slučaju iz medicinskih razloga ne može odgoditi i ako se moraju slijediti plan liječenja i troškovnik koji je odredila nadležna institucija (čl. 4, odl. 1 njemačkog Zakona o pružanju zdravstvenih usluga tražiocima azila).



بیماران عزیز،

ما دندانپزشکان با کمال میل حاضریم شما را معاینه و معالجه کنیم و بشما در مطب خود خوش آمد میگوئیم.

برای انجام معالجات لازم است که شما شفاهی مطالبی را توضیح دهید که دکتر معالج شما آنرا بفهمد.

دندان پزشک باید قادر باشد از شما سئوالاتی بنماید (مثلاً کجا دقیقاً درد میکند، یا چند وقت است که این درد شروع شده ویا اینکه آیا شما یک حالت فشار احساس میکنید) و جواب های شما برای دندانپزشک مهم میباشد که او بتواند تشخیص دهد که شما مبتلا بچه بیماری هستید.

راجع به معالجه و ریسکهای احتمالی که میتواند پیش بیاید وظیفه دکتر دندانپزشک است که آنها را بشما اطلاع دهد. بهمین جهت بسیار واجب است که شما بتوانید راجع به آلرژی های احتمالی خود برضد بعضی داروجات و بعضی بیماری های احتمالی مانند اچ آی وی و یا بیماریهای کبد مثل هپاتیت ث و یا حامله بودنی که هنوز قابل دیدن نیست با دکتر معالجتان صحبت و این موارد را باو اطلاع دهید.

اگر دکتر معالجتان شما را معالجه کند و از این موارد بی خبر بشد و اگر بریسکهای احتمالی با شما صحبت نکند، احتمال دارد که این جریان یک جرم جزائی باشد و از آن گذشته سلامتی شما در خطر بیافتد.

اگر شما شخصاً اطلاعات زبان آلمانی باندازه کافی ندارید، میتوانید یک فردی را که شما باو اعتماد دارید و بزبان آلمانی مسلط است با خود بیاورید. این فرد لازم نیست که اطلاعات زیاد پزشکی داشته باشد و لازم نیست که این شخص تعلیمات مترجمی داشته باشد فقط باید آنقدر بزبان آلمانی مسلط باشد که زبان را خوب بفهمد و صحبت کند

برای روز معالجه خواهشمندیم که ورقه ضمیمه، پرسشنامه بیماران را پر کنید و همراه خود بیاورید.

علاوه بر آن خواهشمند است که کارت یا ورقه هویت خود یا شناسنامه را باضافه ورقه قبول مخارج را با خود بیاورید.

اطلاعات بیشتر در باره این موضوع را میتوانید از مسئولین اداره رفاه اجتماعی و یا مسئولین خانه ای که شما آنجا زندگی میکنید بگیریید.

ما سعی خواهیم کرد که شما را بهترین صورتی که امکان داشته باشد معالجه کنیم.

دندانپزشکان معالج شما در منطقه وستفالن- لیپه

#### تذکر:

خواهشمند است که فراموش نفرمایید که مخارج معالجه و همچنین دارو های لازمه و بانداز و سایر موادی که مورد لزوم باشد فقط در موقعی بعنوان اورژانس پرداخت میگردد که درد بسیار شدید طوری باشد که قابل تحمل نباشد. در تمام موارد دیگر فقط در صورتی مخارج پرداخت میگردد که صبر تا روز بعد و یا وعده بعد از نظر درد و یا خطر جسمی بسیار شدید باشد. در تمام موارد دیگر معالجه اورژانس امکان ندارد و باید اول از طرف ادارات مسئول اجازه داده شود و در این موارد باید قبلاً پیش فاکتوری که از طرف ادارات مسئول قبول شده باشد در دستتان باشد(ماده 4 بند 1 قانون مخارج معالجه پناهندگان)

Mangle Pazientija,

amen o Dandengere Doktorija mangaja te Pregledina tumen hem te Lecina tumen. Amen prifatinaja tumen Shukaripaja.

Da te shaj te Lecina tumen potrebno i te shaj te halowen tumen e Dandengere Doktoenzar. O Doktor i mora te Pucel tumen - sar primer kote tacno isi timen Duk eli dali osetinena Pritisak. Tumaro Odgowor i but wazno te shaj te dodjanel pe kowa bolest isi tumen taj kowa pomoc i tumenge potrebno.

Kotar o Lecejne hem kotar o mogucno Risiko ko lecejne mora o Dandengoro Doktor i te informirinel tumen. Adalese i but wazno te shaj te wakere primer dali isi tut nesawi Alergija protiv nesawe Hapija ili Bolestija sar o HIV(Sida) ili Zutica (Hepatitis C) ili dali inan Kamni. Ako bi e dandengoro Doktor i Lecini tumen bez te dobini akala informazije eli bez te wakere tumenzar tare akala buka shaj te kerel pese te owel Sudimo Zakonski hem shaj tumaro sastipe te owel ko Opasnost.

Znaci ako tumen na halowena Germanski te keren lafi, anen nekas tumenzar ko Lecejne kowa shaj o Doktor i leja te halowel pe.

Adawa Manush ne mora te owel Skoluime Tumaci, dowolno i te halowel hem te djanel te kerel lafi Germanski.

Ko Lecejne anen tumenzar o Potpunime Lil Pucibe ko Pazienti.

Molinaja tumen anen isto tumare Dokumentija za identifikazija hem jek Krankenbehandlungsschein tumenzar.

Aso Informazije taro Krankenbehandlungsschein pucen ko Sozialno eli ko Wodici kote inen akana smestime.

Amen ka kera sa so shaj amedar!

*Tumare Dandengere Doktorija ko Westfalen-Lippe*

Zapazinen

Owen opozorime da o Dandengoro lecibasoro Trosko aso Lecejne hem sastaribe isto agahare o Hapija hem Zawojia hem sa awer soj i portebno sastaribase taj smiribase taro o Naswalipe eli pa sa soj potrebno palo pregled „samo ko Hitno slucaji ka owen prifatime“. O Troskija aso Danda(westacka) ka owen prifatime samo ako kotar i Medizinsko strana nasti te odbinelpo(Moralno) hem samo ako slozinelape i odgoworno Opstina palo (§4 tocka, 1 Asylantsko zakoni). Znaci samo ako isitumen odobrenje(Porwda) deka ka prifatinenpe o Troskija.

Dragi pacijenti,

Mi stomatolozi smo rado spremni da Vas pregledamo i pružimo Vam tretman. Srdačno ste dobrodošli u naše ordinacije.

Da bismo sproveli tretman potrebno je da se jezički možete sporazumeti sa stomatologom. Stomatolog Vam mora postaviti pitanje – na primer gde se tačno bol nalazi, koliko dugo imate bolove ili da li imate osećaj pritiska. Vaši odgovori su važni da bi se ustanovilo o kom se oboljenju radi i koji bi Vam tretman najviše odgovarao.

Stomatolog mora da Vam objasni u čemu se sastoji tretman i da Vam ukaže na njegove moguće rizike. Zato je važno da možete da saopštite da li ste, na primer, alergični na određene medikamente ili da li patite od bolesti tipa HIV-a ili hepatitisa C ili ste trudni. Ako bi Vam stomatolog pružio tretman, a da nije dobio ovakve informacije ili da Vam ih nije objasnio, mogao bi krivično da odgovara i pre svega da Vam ugrozi zdravlje.

Ako Vi sami ne govorite nemački, molimo da povedete sa sobom osobu koja se može sporazumeti sa stomatologom. Ova osoba ne mora biti stručni tumač, ali mora da nemački jezik govori i razume u dovoljnoj meri.

Za tretman molimo da ponesete sa sobom ispunjeni prateći upitnik za pacijente.

Molimo da ponesete i Vašu ličnu kartu, kao i potvrdu o medicinskom tretmanu bolesnika. Za informacije o potvrdi o medicinskom tretmanu bolesnika razgovarajte sa nadležnom službom u opštini (to je često socijalno osiguranje) ili sa direkcijom Ustanove gde ste trenutno smešteni.

Brinućemo o Vama što bolje možemo!

*Vaši stomatolozi u Vestfalen-Lipe*

#### **Uputstvo**

Molimo Vas da obratite pažnju na to da se preuzimanje troškova za tretman kod zubara – uključujući lekove i zavojni materijal kao i ostale usluge koje su neophodne za ozdravljenje, za poboljšanje ili ublažavanje oboljenja ili posledica bolesti - odobrava samo u slučaju „tretmana akutnih oboljenja i stanja sa jakim bolovima“. Troškovi za zubne proteze preuzimaju se samo u onom slučaju, ako tretman u individualnom slučaju iz medicinskih razloga nije moguće odložiti i ako od nadležne službe postoje plan za lečenje i troškovnik (tzv. *Heil-und Kostenplan*) (član 4. stav 1. Zakona o pružanju usluga licima koja su postavila zahtev da budu priznata kao azilanti - *Asylbewerberleistungsgesetz*).

14. (türkisch)

Sayın Hastalar,

Biz diş hekimleri, sizi memnuniyetle muayene ve tedavi etmeye hazırız. Muayenehanelerimize candan hoş geldiniz.

Tedavinin yapılması için dil bakımından diş hekimi ile anlaşabilmeniz gerekmektedir. Diş hekiminin size sorular sorması gerekiyor – örneğin, ağrılarınızın tam nerede olduğu, ağrıların ne zamandan beri mevcut olduğu veya bir bası hissi fark ediyor olup olmamanız. Cevaplarınız, hangi hastalıkların mevcut olduğunu ve hangi tedavinin sizin için uygun olduğunu tespit etmek için önemlidir.

Bu tedavi ve tedavinin olası riskleri hakkında diş hekiminizin sizi bilgilendirmesi gerekiyor. Bu nedenle, örneğin belirli ilaçlara karşı alerjilerin mevcut olup olmadığını veya HIV veya hepatit C gibi hastalıkların veya bir hamileliğin mevcut olup olmadığını bildirebilmeniz çok önemlidir. Diş hekiminin bu bilgileri almadan veya sizi bilgilendirmeden sizi tedavi etmesi durumunda diş hekimi suç işlemiş olur ve özellikle de sizin sağlığınıza tehlikeye atmış olur.

Eğer kendiniz Almanca konuşmıyorsanız, lütfen tedaviye diş hekimiyle konuşabilecek bir kişiyle birlikte geliniz. Bu kişinin eğitimli bir tercüman olmasına gerek yoktur, ancak yeterli derecede Almanca konuşması ve anlaması gerekmektedir.

Tedaviye gelirken lütfen ekte bulunan doldurulmuş hasta soru formunu birlikte getiriniz.

Lütfen ayrıca kimliğinizi ve de bir hasta tedavi belgesini birlikte getiriniz. Hasta tedavi belgesine ilişkin bilgi için lütfen belediyenin yetkili dairesine (çoğunlukla Sosyal Daire) veya şu an yerleştirildiğiniz kuruluşun idaresine başvurunuz.

Size mümkün olan en iyi bakımı sağlayacağız!

*Vestfalya Lippe'deki diş hekimleriniz*

#### **Bilgi**

Lütfen diş tedavileri için masrafların, ilaç ve sargı maddelerinin sağlanması ve de sağlığa kavuşmak, hastalıkların ve hastalık sonuçlarının iyileşmesi veya hafifletilmesi için diğer gerekli yardımlar dahil olmak üzere, yalnızca "akut hastalıkların ve ağrı durumlarının tedavisi" için üstlenildiğini dikkate alınız. Diş protezi için masraflar yalnızca istisnai durumlarda tıbbi nedenlerden dolayı tedavinin ertelenmesi mümkün olmadığı ve yetkili daire tarafından onaylanmış bir tedavi ve maliyet planı mevcut olması durumunda üstlenilmektedir. (Mülteciler için Yardım Kanunu md. 4, fıkra 1)

Hurmatli bemorlar,

biz shifokorlar Sizlarni muolaja qilib davolash uchun bajonidil hozirmiz. Siz bizning shifoxonalarga doimo xush kelasiz.

Davolash jarayonida Siz tish doktori bilan qiynalmasdan, bemalol gaplasha va bir biringizni to'liq tushuna olishingiz lozim. Tish doktori Sizga savollar berishi kerak. Masalan, u og'riqlar aynan qayerdaligini, og'riqlar qancha vaqtdan beri borligini yoki Siz biror joyingizda bosim his qilayotganingizni so'raydi. Sizning javoblaringiz kasallik turini va qanday muolaja kerakligini aniqlash uchun zarurdir.

Ushbu muolajani va davolash paytida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan xavf-xatarlarni tish doktori Sizga tushuntirib berishi kerak. Shuning uchun Sizda ma'lum dorilarga qarshi allergiyalar bor yoki yo'qligini, OIV infeksiyasi yoki gepatit C kabi kasalliklar borligini yoki homilador ekanligingizni doktorga ma'lum qila olishingiz juda muhimdir. Agar tish doktori ushbu ma'lumotlarni olmasdan yoki Sizga tushuntirish bermasdan Sizni davolasa, u qoqunga xilof ish tutgan bo'ladi va eng avvalo Sizning sog'ligingizni xatarga qo'ygan bo'ladi.

Agar Siz o'zingiz nemis tilida so'zlasha olmasangiz, muolaja paytida tish doktori bilan nemis tilida yaxshi gaplasha oladigan odamni o'zingiz bilan birga olib keling. Bu odam professional tarjimon bo'lishi shart emas. U nemis tilini yetarlicha tushunib so'zlasholsa bas.

Ilova qilingan “Bemor so'rovnomasi”ni qabul kuni to'ldirib, o'zingiz bilan birga olib keling.

Shuningdek, shaxsingizni tasdiqlovchi hujjatni [masalan, pasportingizni] va „Bemorlarni davolash hujjati“ [Krankenbehandlungsschein]ni ham o'zingiz bilan birga olib keling. „Bemorlarni davolash hujjati“ borasida ma'lumotlarni olish uchun yashash joyingizdagi mutasaddi idoraga (ko'p hollarda bu Ijtimoiy ishlar idorasi [Sozialamt] bo'ladi) yoki Siz hozirda yashayotgan muassasaning [uyning] xodimlariga murojaat qiling.

Biz Sizni qo'limizdan kelgancha yaxshi muolaja qilamiz!

*Sizning Westfalen-Lippedagi tish doktorlaringiz*

#### **Eslatma**

E'tibor bering, tish doktori muolajasi uchun harajatlar faqat juda og'ir kasallik va o'tkir og'riqlar bo'lgan holdagina qoplanadi. Ushbu muolajalar ro'yxatiga kiradigan xizmat turlari quyidagilar: bemorga dori-darmon va bint vositalarini berish hamda uni sog'aytirish, sog'ligini yaxshilash, kasallikni yoki kasallik oqibatlarini yengillashtirish. Yangi tish qo'yish uchun chiqimlarni qoplash faqatgina ma'lum bir holatlarda, tibbiy sabablarga ko'ra kechroqqa ko'chirish imkoni bo'lmagandagina amalga oshiriladi. Shuningdek, buning uchun mutasaddi idora tomonidan „Davolash va harajatlar rejasi“ [Heil- und Kostenplan] ko'rinishida ruxsat bo'lishi shart. („Boshpana olish uchun hujjat topshirgan shaxslarga ko'mak ko'rsatish haqida qonun“ [Asylbewerberleistungsgesetz]ning 4-modda, 1-abzatsi)



1. (albanisch)

## Pyetësor për mjekimin urgjent në rast të barrierave gjuhësore

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Data:

Datum:

Pacienti (mbiemri, emri):

Patient (Name, Vorname):

Datëlindja:

Geburtsdatum:

#### Ju lutemi, përgjigjuni ju pyetjeve të mëposhtme:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Ku keni dhimbje?

Wo haben Sie Schmerzen?

Nofull e sipërme  
Oberkiefer

djathtas  
rechts

majtas  
links

përpara  
vorne

prapa  
hinten

Nofull e poshtme  
Unterkiefer

djathtas  
rechts

majtas  
links

përpara  
vorne

prapa  
hinten

Sa ditë i keni ju këto dhimbje?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 ditë  
1 Tag

2 ditë  
2 Tage

3 ditë  
3 Tage

më shumë se 3 ditë  
mehr als 3 Tage

Sa të forta janë dhimbjet tuaja?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1 = dobët, 10 = nuk durohen më) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Përshkruajeni dhimbjen:

Beschreiben Sie den Schmerz:

e shurdhër  
dumpf

shpuese  
stechend

rrahëse  
klopfend

përkohshme  
zeitweise

pa pushim  
ununterbrochen

A keni ju një „faqe të ënjtur“ (abces, mbledhje e qelbit)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

po

ja

jo

nein

Që kur keni ju një „faqe të ënjtur“?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 ditë  
1 Tag

2 ditë  
2 Tage

3 ditë  
3 Tage

më shumë se 3 ditë  
mehr als 3 Tage

A merrni medikamente?

Nehmen Sie Medikamente?

po

ja

jo

nein

A i keni medikamentet me vete?

Haben Sie Medikamente dabei?

po

ja

jo

nein

Tableta kundër dhimbjeve?

Schmerztabletten?

po

ja

jo

nein

Nëse po, cilat:

Wenn ja, welche:

Antibiotikë?

Antibiotika?

po

ja

jo

nein

Nëse po, cilat:

Wenn ja, welche:

Hollues gjaku?

Blutverdünner?

po

ja

jo

nein

Nëse po, cilat:

Wenn ja, welche:

## Masa të nevojshme

Notwendige Maßnahmen

### Udhëzimet e mëposhtme duhet të plotësohen nga dentisti:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Unë dua të kryej këto masa tek ju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Bërja e një radiografie<br>Anfertigung einer Röntgenaufnahme              | <input type="checkbox"/> |
| Duhet të hiqet një dhëmb<br>Zahn muss gezogen werden                      | <input type="checkbox"/> |
| Dhëmbi ka nevojë për një mbushje<br>Zahn benötigt eine Füllung            | <input type="checkbox"/> |
| Dhëmi ka nevojë për kurimin e rrënjës<br>Zahn benötigt eine Wurzelfüllung | <input type="checkbox"/> |
| Gjilpërë mpirreje për dhëmbin<br>Betäubungsspritze für den Zahn           | <input type="checkbox"/> |
| Abcesi duhet të hapet me prerje<br>Abszess muss aufgeschnitten werden     | <input type="checkbox"/> |

Unë nuk kam pyetje të tjera ndaj dentistit dhe jam dakord me masat ku është vënë një kryq.  
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

po     jo  
ja            nein

Nënshkrimi i pacientit: \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



Një termin tjetër për  mjekim/  kontroll është i nevojshëm.  
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ju lutemi, ejani përsëri më dt. \_\_\_\_\_ në orën \_\_\_\_\_ në ordinancë.  
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Udhëzim për kirurgun oral dhe maksillofacial për mjekimin e mëtejshëm .  
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Ka nevojë për  një mjekim të mëtejshëm, shpenzimet e të cilit nuk mund të merren përsipër sipas Ligjit mbi përfitimet e azilkërkuesve.  
Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Udhëzime:  
Hinweis:

Ju lutemi, sillni për terminin e ardhshëm një person me vete që e di gjuhën.  
Nëse nuk e keni paraqitur, silleni me vete kuponin për trajtimin e pacientit.  
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.  
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Vula e ordinancës  
Praxisstempel



2. (arabisch)

## استمارة حصر بيانات عن المريض لغرض العلاج الطبي كحالة طارئة في حالة عدم المقدرة على التفاهم اللغوي Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

التاريخ:  
Datum: \_\_\_\_\_

المريض (الاسم والنسبة):  
Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

تاريخ الولادة:  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### يرجى الرد على الاسئلة التالية:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

أين تشعر بالألم؟  
Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> الفك العلوي	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> vorne	<input type="checkbox"/> hinten
<input type="checkbox"/> الفك السفلي	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> vorne	<input type="checkbox"/> hinten

منذ كم يوم تشعر بهذا الألم؟  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 Tag واحد  
 2 Tage يومين  
 3 Tage 3 ايام  
 أكثر من 3 أيام

كم هي حدة الألم؟  
Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

وصف الألم:  
Beschreiben Sie den Schmerz:

غير حاد  
 حاد  
 ضارب  
 أحيانا  
 بلا انقطاع

هل لديك تورم في الوجنة (دمل، خراج)؟  
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?

ja نعم  
 nein لا

منذ متى وجنتك متورمة؟  
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

1 Tag واحد  
 2 Tage يومين  
 3 Tage 3 ايام  
 أكثر من 3 أيام

هل تتعاطى أدوية؟  
Nehmen Sie Medikamente?

هل أن الأدوية معك الآن؟  
Haben Sie die Medikamente dabei?

مسكنات ألم؟  
Schmerztabletten?

ja نعم  
 nein لا

إن كان الجواب نعم فما هي هذه؟  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

مضادات حيوية؟  
Antibiotika?

ja نعم  
 nein لا

إن كان الجواب نعم فما هي هذه؟  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

مسيل للدم؟  
Blutverdünner?

ja نعم  
 nein لا

إن كان الجواب نعم فما هي هذه؟  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## إجراءات ضرورية

Notwendige Maßnahmen

تملأ الملاحظات التالية من قبل طبيب الأسنان:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

أريد القيام بالإجراءات التالية في حالتك:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

التقاط صور أشعة سينية   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

لابد من خلع السن   
Zahn muss gezogen werden

السن بحاجة إلى حشوة   
Zahn benötigt eine Füllung

السن بحاجة إلى علاج الجذر   
Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung

حقنة مخدر للسن   
Betäubungsspritze für den Zahn

لابد من شق الذمل (الخراج)   
Abszess muss aufgeschnitten werden

ليست لدي أسئلة أخرى أوجهها للطبيب وأنا موافق على القيام بالإجراءات المؤشر عليها.

ja نعم  nein لا

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



موعد متابعة طبية آخر ضروري./موعد مراجعة آخر ضروري للعلاج  
Ein weiterer  Behandlungstermin/  Kontrolltermin ist nötig.

يرجى منك الحضور بتاريخ.....في الساعة..... إلى العيادة مجدداً.  
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

تحويل إلى جراح أخصائي بالفم والفك وجراحة الوجه لغرض متابعة العلاج  
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

ختم العيادة

Praxisstempel

أنت بحاجة إلى المزيد من العلاج الذي لا يمكن تغطية تكاليفه من قبل الدولة وفقاً لقانون إعانات اللاجئين.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist.

ملاحظة: يرجى اصطحاب مترجم معك للموعد القادم. كما يرجى جلب شهادة صرف علاج طبي في حالة عدم تقديمك ذلك لحينه.

Hinweise:

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

3. (englisch)

## Questionnaire for emergency treatment with language barrier

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:  
Datum:

Patient (last, first name): \_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname):

Date of birth: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

**Please answer the following questions yourself:**

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Where do you feel pain? Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Upper jaw Oberkiefer	<input type="checkbox"/> right rechts	<input type="checkbox"/> left links	<input type="checkbox"/> front vorne	<input type="checkbox"/> back hinten
<input type="checkbox"/> Lower jaw Unterkiefer	<input type="checkbox"/> right rechts	<input type="checkbox"/> left links	<input type="checkbox"/> front vorne	<input type="checkbox"/> back hinten

For how many days have you had this pain already? Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 day 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 days 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 days 3 Tage	<input type="checkbox"/> more than 3 days mehr als 3 Tage
---	---	---	--

How strong is your pain? Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

(1 = not so bad, 10 = unbearable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Describe the pain: Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> dull dumpf	<input type="checkbox"/> sharp stechend	<input type="checkbox"/> pulsing klopfend	<input type="checkbox"/> at intervals zeitweise	<input type="checkbox"/> continuous ununterbrochen
--	--	--	--	---

Do you have a "swollen cheek" (abscess, pus)? Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

How long have you had a "swollen cheek"? Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

<input type="checkbox"/> 1 day 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 days 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 days 3 Tage	<input type="checkbox"/> more than 3 days mehr als 3 Tage
---	---	---	--

Are you taking any medicines? Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

Do you have any medicines with you? Haben Sie Medikamente dabei?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

Pain killers? Schmerztabletten?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Antibiotics? Antibiotika?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Blood thinners? Blutverdünner?

<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
------------------------------------	-------------------------------------

If you answered yes, which type: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

## Necessary measures

Notwendige Maßnahmen

### The following section is to be completed by the dentist:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

I would like to conduct the following measures for you:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

X-ray

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Tooth needs to be pulled

Zahn muss gezogen werden

Tooth needs a filling

Zahn benötigt eine Füllung

Tooth needs root canal treatment

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Anaesthetic injection for the tooth

Betäubungsspritze für den Zahn

Abscess must be cut open

Abszess muss aufgeschnitten werden

I have no further questions for the dentist and I agree with indicated measures.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

yes  no  
ja nein

Patient signature: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



A further  treatment/ check-up appointment is required.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Please come back to the practice on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Transfer to oral, orthodontic, maxillofacial surgeons for further treatment .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Further  treatment is required, for which reimbursement is not possible according to the Asylum Seekers Benefits Act.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Practice stamp  
Praxisstempel

### Notes:

Hinweise:

Please bring a person for the next appointment who can speak the language.

If not yet submitted, please bring your treatment voucher (Krankenbehandlungsschein).

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

4. (français)

## Questionnaire - Soins d'urgence et problèmes linguistiques

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Date:  
Datum:

Patient (nom, prénom):  
Patient (Name, Vorname):

Date de naissance:  
Geburtsdatum:

#### Veillez répondre **vous-même** aux questions suivantes:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

- Où ressentez-vous des douleurs?  Mâchoire supérieure  à droite  à gauche  à l'avant  à l'arrière  
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten
- Mâchoire inférieure  à droite  à gauche  à l'avant  à l'arrière  
Unterkiefer rechts links vorne hinten
- Depuis combien de jours déjà ressentez-vous ces douleurs?  1 jour  2 jours  3 jours  plus de 3 jours  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage
- Quelle est l'intensité de vos douleurs?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = faible, 10 = intenable) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)
- Décrivez la douleur:  sourde  lancinante  palpitante  intermittente  ininterrompue  
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen
- Avez-vous une joue enflée (abcès, accumulation de pus)?  oui  non  
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein
- Depuis quand avez-vous la joue enflée?  1 jour  2 jours  3 jours  plus de 3 jours  
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Prenez-vous des médicaments?  oui  non  
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Avez-vous vos médicaments sur vous?  oui  non  
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Analgsiques?  oui  non  
Schmerztabletten? ja nein

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Antibiotiques?  oui  non  
Antibiotika? ja nein

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

Anticoagulants?  oui  non  
Blutverdünner? ja nein

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

---

## Mesures à prendre

Notwendige Maßnahmen

### Les indications ci-dessous doivent être complétées par le dentiste:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Je voudrais prendre les mesures suivantes dans votre cas:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Radiographie

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Extraction de la dent

Zahn muss gezogen werden

Plombage

Zahn benötigt eine Füllung

Traitement des racines de la dent

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Piqûre anesthésiante

Betäubungsspritze für den Zahn

Ouverture de l'abcès

Abszess muss aufgeschnitten werden

Je n'ai pas d'autres questions à poser au dentiste et je suis d'accord avec les mesures proposées.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

oui  non

ja nein

Signature du patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Un autre  rendez-vous pour soins/  contrôle est nécessaire.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Veuillez vous présenter à nouveau le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures au cabinet dentaire.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Transfert à un parodontiste, orthodontiste, spécialiste de la chirurgie maxillo-faciale pour la poursuite du traitement .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

D'autres soins  sont nécessaires, pour lesquels la prise en charge des frais conformément à la loi sur le travail des requérants d'asile n'est pas possible.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Cachet du cabinet dentaire  
Praxisstempel

Remarques:

Hinweis:

Pour le prochain rendez-vous, veuillez vous faire accompagner d'une personne parlant la langue.

Si vous ne l'avez pas déjà fourni, veuillez vous munir de votre certificat de traitement médical.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

5. (kroatisch)

## Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Pacijent (prezime, ime): \_\_\_\_\_

Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

#### Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

**Gdje osjećate bolove?**  
Wo haben Sie Schmerzen?

<input type="checkbox"/> Gornja čeljust Oberkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten
<input type="checkbox"/> Donja čeljust Unterkiefer	<input type="checkbox"/> desno rechts	<input type="checkbox"/> lijevo links	<input type="checkbox"/> sprijeda vorne	<input type="checkbox"/> straga hinten

**Koliko dana patite od tih bolova?**  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

**Koliko jaki su ti bolovi?**  
Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
(1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

**Opišite bol:**  
Beschreiben Sie den Schmerz:

<input type="checkbox"/> tupa dumpf	<input type="checkbox"/> bode stechend	<input type="checkbox"/> pulsirajuća klopfend	<input type="checkbox"/> povremena zeitweise	<input type="checkbox"/> stalna ununterbrochen
--	---	--	---	---

**Imate li „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)?**  da    ne  
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?   ja   nein

**Od kada imate „debele obraze“?**  
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?

<input type="checkbox"/> 1 dan 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 dana 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 dana 3 Tage	<input type="checkbox"/> više od 3 dana mehr als 3 Tage
---	---	---	--

**Uzimate li lijekove?**  
Nehmen Sie Medikamente?    da    ne  
ja   nein

**Imate li kod sebe lijekove?**  
Haben Sie Medikamente dabei?    da    ne  
ja   nein

**Tablete protiv bolova?**  
Schmerztabletten?   ja   nein    da    ne   Ako da, koje: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

**Antibiotik?**  
Antibiotika?   ja   nein    da    ne   Ako da, koji: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

**Razrjeđivači krvi?**  
Blutverdünner?   ja   nein    da    ne   Ako da, koji: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche:

---

## Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen

### Sljedeće napomene popunjava **zubar**:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

### Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba   
Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)   
Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Šprica za neosjetljivost zuba   
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

da  ne  
ja nein

Potpis pacijenta: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Potreban je dodatni  termin liječenja/  kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovno dođite \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ sati u ordinaciju.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi daljnje obrade .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Postoji potreba za dodatnim liječenjem  za koje nije moguće podmirenje troškova  
sukladno Zakonu o uslugama za azilante.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerber-  
leitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Žig ordinacije  
Praxisstempel

### Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite potvrdu o liječenju.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.



8. (kurdisch-zaza)

## Tedawie u derman kerdena lerz de hete zon ra fam nêbiayene rê formê persi

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Dem: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

Nêwes (Vername, pêname): \_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname)

Demê biene: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

#### Kerem ke cüabe ni persu bide:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Decê tu kot esto?  Çena cori  heto raşt  heto çep  verde  peyde  
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten  
 Çena ceri  heto raşt  heto çep  verde  peyde  
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Çand rozê ke decê tu estê?  1 roze  2 roji  3 roji  3 rozu ra jede  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Decê tu çixa deyraê?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = zaf senik, 10 = endi damisê cı nêben) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Decê xu tarif bike:  buxin  jê derjen saneno ci  dano piro  dem dem  daim bêvînetene  
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Gepa sima/tu mosa (Absçes/rêm vecio)?  hia  nê  
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Çi wexto ke gepa sima/tu mosa?  1 roze  2 roji  3 roji  3 rozu ra jede  
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Sima dermon/ilac cenê?  hia  nê  
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Dermon/ilac nika lewe sima de ro?  hia  nê  
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Dermonê deci?  hia  nê  
Schmerztabletten? ja nein

Antibiotika?  hia  nê  
Antibiotika? ja nein

Gon tenkek kerde?  hia  nê  
Blutverdünner? ja nein

Eke hia, kamci/senen: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

Eke hia, kamci/senen: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

Eke hia, kamci/senen: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

## Tedbirê zaruri

Notwendige Maßnahmen

### Ni malumatê ke têyenê Doxtorê didani ebê xu nuse keno:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Ez wacon ke ni tedbiru/vergureto sima da bikeri:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Resimê röntgen viraştene   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Didan gerek biwencio   
Zahn muss gezogen werden

Didan rê pîrr kerdene luzîmo   
Zahn benötigt eine Füllung

Didan rê tedawie aze luzîmo   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Didan rê derjena narkose/sersem kerdene   
Betäubungsspritze für den Zahn

Rêm gereke ebe birnais akerio   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Ninu ra ber persê mî Doxtorê didanu rê çinê u ez tedbirê/vergureteê ke nisan kerdê qabul kon.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

hia  
ja

nê  
nein

Îmîza nêwesi/nêwese: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Reina  termine tedawi/  termine kontrolî luzîmo.

Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Kerem ke demê \_\_\_\_\_ sahate \_\_\_\_\_ de bierê muayenexane.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Saba verdewamê tedawie şîurgeê feki, çena u ri hawale

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Zobina  tedawi luzîmo, qanunê multeciî rê gore masrafê ninu daenê bêhimkano.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Nisonê zanedane:

Hinweise:

Keremê xo ra sima ke amai termino reina lewe xo de ju zonzander/-e tey biarê.

Xo ra ke ‚Kaxîta tedawî kerdene‘ xonia nêrusna ma nae xo de tey biarê.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Mohre muayenxane  
Praxisstempel

6. (kurdisch-kurmandschi)

## Pirsiyar di dema alîkariya bilez de (Hawarhatin, firyakewtin) jibo kêmtêgihiştina ziman

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Mêjû (dîrok):

Datum:

Mirovê nexweş (Navê malbatê, nav):

Patient (Name, Vorname):

Roja ji daiykbûnê:

Geburtsdatum:

Ji kerema xwe bersiva van pirsyarên li jêr bidin:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Kudera te di êşe?

Wo haben Sie Schmerzen?

Çeniya jor

Oberkiefer

Aliyê rastê

rechts

Aliyê çepê

links

Li pêş

vorne

li paş

hinten

Çeniya jêr

Unterkiefer

Aliyê rastê

rechts

Aliyê çepê

links

Li pêş

vorne

li paş

hinten

Eva çend rojin êşa te destpêkiriye?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 roj

1 Tag

2 roj

2 Tage

3 roj

3 Tage

Zêdetir ji 3 rojan

mehr als 3 Tage

Êşa te çiqasî bi hêze

(bilinde, pileya wê çende)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

(1 = Lauaze (qelse, gelekî kême), 10 = Nema tê teh'mulkinê /êş yekcar zore)

(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Şêweyê êşê çawa ye?:

Beschreiben Sie den Schmerz:

Di arê (arandin) dumpf

Êşeke tuje (geleke) stechend

Wek birûskan lêdide klopfend

Car-Caran (êş tê û diçe) zeitweise

Berdewam e (bêwestan) ununterbrochen

Hinarkê rûyê te sor dibin (diwerimin) (xwîn têde dicivê)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

erê

ja

na

nein

Ji kengî ve hinarkê rûyê te sor dibin (diwerimin)?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 roj

1 Tag

2 roj

2 Tage

3 roj

3 Tage

Zêdetir ji 3 rojan

mehr als 3 Tage

Ti dermana dixwê (dîstîne)?

Nehmen Sie Medikamente?

erê

ja

na

nein

Dermanê te bi te re ne?

Haben Sie Medikamente dabei?

erê

ja

na

nein

Hebê êşê dixwê?

Schmerztabletten?

erê

ja

na

nein

Heger arê, kîjan hebin (navê wan çiyê):

Wenn ja, welche:

Hebên dijeçilk (Antibiotika)?

Antibiotika?

erê

ja

na

nein

Heger arê, kîjan hebin (navê wan çiyê):

Wenn ja, welche:

Hebên herikandina (ronkirina)

xwînê dixwê?

Blutverdünner?

erê

ja

na

nein

Heger arê, kîjan hebin (navê wan çiyê):

Wenn ja, welche:

---

## Pêngavên (pêkhênan) pêwist

Notwendige Maßnahmen

### Ev agahiyên li jêr ji aliyê Textorê dirana ve têne dagirtin (nivîsandin):

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Ev pêkhênanên li jêr pêwiste ji te re bikim:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Girtina wêneyên tîrêjên (pêlên) ênêrgi (Röntgen)

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Diran gereke (pêwiste) were rakirin (hilkirin, kişandin)

Zahn muss gezogen werden

Pêwiste diran were pirrkirin (dagirtin, tijîkirin)

Zahn benötigt eine Füllung

Pêwiste rehên (rayên) diran werin dermankirin (ilackirin)

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Jibo diran derziya dermanê hişber (muxedir) pêwiste

Betäubungsspritze für den Zahn

Cihê kûnêrê (pirzikê) were vekirin (yanjî birrîn)

Abszess muss aufgeschnitten werden

Ti pirsên min yêd main ji Textorê dirana nema ne, û ez li ser wan pêkhênanên yêd xaçkirî (Amaje pêkirî, îşaret kirî) razîme.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

erê  na  
ja nein

Îmza mirovê (kesê) nexweş: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Careke din  Were dermankirinê /  Lênêrîn (kontrol, fehîs) pêwiste.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ji kerema xwe roja \_\_\_\_\_ demjmêr (si'at) \_\_\_\_\_

careke din were vir (ba Textor).

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Kaxeza razîbûnê jibo berdewamiya dermankirina nexweşiyên dev,

çen û neştergeriya rû .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Herweha  berdewamiya dermankirinê (îlacê) li ser hesabê dewletê, li gorî yasa (zakon, qanûn) penaberan, tine ye (ne mumkine).

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist.

Mora û îmza Textoran  
Praxisstempel

Agehdarî:

Hinweise:

Ji kerema xwe, cara din ku ti hatî, kesekî (mirovekî) ku ziman dizane bi xwe re bêne.

Heger te hîna kaxeza razîbûnê jibo dermankirina nexweşiyê ne anî ye, ji kerema xwe cara tê, bi xwe re bêne.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

## پرسیار له کاتی چارهسەری فرباکەوتن ئەگەر گیرۆگەرفتی زمان هەبێ Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

بەرۆار: Datum:

نەخۆش (نازانو ، ناو): Patient (Name, Vorname):

رۆژی له دایکبون: Geburtsdatum:

تکایه وه لآمی ئەم پرسیارانه بده رهوه: Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

له کوێ نازارت ههیه؟: Wo haben Sie Schmerzen?

- دانهکانی سه رهوه  لای راست  لای چهپ  پێشهوه  دواوه  
 Oberkiefer rechts links vorne hinten  
 دانهکانی خوارهوه  لای راست  لای چهپ  پێشهوه  دواوه  
 Unterkiefer rechts links vorne hinten

ئەمە چەند رۆژە نازارت ههیه؟: Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

- یهك رۆژ  دوو رۆژ  سێ رۆژ  زیاتر له سێ رۆژ  
 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

هێزی نازارهكەت چەندە: Wie stark sind Ihre Schmerzen?

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
 (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten) (1 = کمە ، 10 = زۆر بههێزه)

جۆرهی نازارهكەت چۆنه؟: Beschreiben Sie den Schmerz:

- نارەحەت  وهك بریسکه  لێدان  جار به جار  بێ وهستان  
 dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

روومەتت ئاوساوه (جداعەت کردوه)؟ Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

- بەلێ  نا  
 ja nein

له كه یهوه روومەتت ئاوساوه؟: Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

- یهك رۆژ  دوو رۆژ  سێ رۆژ  زیاتر له سێ رۆژ  
 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

دەرمان ئەبەیی (ئەخۆی)؟ Nehmen Sie Medikamente?

- بەلێ  نا  
 ja nein

هیچ دەرمانت پێ یه؟ Haben Sie Medikamente dabei?

- بەلێ  نا  
 ja nein

حەبێ نازار؟ Schmerztabletten?

- بەلێ  نا ئەگەر بەلێ جۆرهكەیی  
 wenn ja, welche? nein ja

حەبێ دز به چلک (نانتی بیۆتیک) Antibiotika?

- بەلێ  نا ئەگەر بەلێ جۆرهكەیی  
 wenn ja, welche? nein ja

دەرمانی خەستکردنەوهی خوێن Blutverdünner?

- بەلێ  نا ئەگەر بەلێ جۆرهكەیی  
 wenn ja, welche? nein ja

## ئەنجامدانى پۈيۈست

Notwendige Maßnahmen

ئەم پىرسىيارانەي خوارەوۋە لە لايەن پىزىشكى دان پىردە كىرتنەوۋە.  
Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

ئەمەوۋەئ ئەم جۆرە پىداوېستىيانە بۇ تۆ ئەنجام بىدەم:  
Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

- وىنە گىرتى سۈنەر  
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

- ئەيىت دان ھەلىكىشەرت  
Zahn muss gezogen werden

- ئەيىت دان پىر بىكىرتنەوۋە  
Zahn benötigt eine Füllung

- ئەيىت رەگى دان چارەسەر بىكىرت  
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

- دەرزی بى ھۆشى بۇ دان  
Betäubungsspritze für den Zahn

- جەرەتەي دومەل بە پىرېن دەرېكىرت  
Abszess muss aufgeschnitten werden

ھېچ پىرسىيارم لە پىزىشكى دان نە ماوۋە و رازىم لە سەر ئەنجامدانى چارەسەرى ھەلبىزىدراو بۇ دانم:  
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

بەلى  نا  
nein ja

واژوى (نېمزا) نەخۇش  
Unterschrift Patient



بۇ جارى داھاتوۋ: بەردەوامى چارەسەر كىردن پىشكىن پىوستە  
Ein weiterer Behandlungstermin /Kontrolltermin  ist nötig.

تکابە رۆزى..... كاتىمىر ..... جارىكىتر وەرەوۋە.  
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

- ھىنانى نامەي رازىبوون بۇ لاي نىشتەگەرى دەم ، چەناگە و دەم و چاو بۇ بەردەوامىوون لە چارەسەر كىردن .  
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung .

- دەكرى كە بە پىي ياساي پەنا بەرى نىخى چارەسەر كىردن زياتر نە درىت   
Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist.

ناگادارى:  
Hinweise:

- تکابە بۇ ھاتى داھاتوت زمان وەرگىرىك لە گەل خۆت بېيە.  
- ئەگەر تا ئىستا نامەي رازىبوونى چارەسەر كىردن نەھىنايت ، تکابە جارى داھاتوۋ بېيە.  
Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.  
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

مۆرى عە يادە  
Praxisstempel

9. (mazedonisch)

## Формулар за итна интервенција во случај на јазична бариера Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Датум: \_\_\_\_\_  
Datum:

Пациент (презиме, име): \_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname)

Датум на раѓање: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

### Ве молиме **Ви** одговорете ги следните прашања:

Bitte beantworten **Sie** die nachfolgenden Fragen:

Каде имате болки?  Горна вилица  десно  лево  напред  назад  
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten  
 Долна вилица  десно  лево  напред  назад  
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Колку денови веќе ги имате болките?  1 ден  2 дена  3 дена  повеќе од 3 дена  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Колку се силни болките?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1= слаби, 10 = не се издржуваат повеќе) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Опишете ја болката:  тапа  бодливака  пулсирачка  одвреме навреме  непрекината  
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Дали имате „здебелен образ“ (апсцес, насобрано гној)?  да  не  
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Од кога имате „здебелен образ“?  1 ден  2 дена  3 дена  повеќе од 3 дена  
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Дали пиете лекови?  да  не  
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Дали ги носите со себе лековите?  да  не  
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Таблети за болки?  да  не Ако да, кои: \_\_\_\_\_  
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Антибиотици?  да  не Ако да, кои: \_\_\_\_\_  
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Разредувачи на крв?  да  не Ако да, кои: \_\_\_\_\_  
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Неопходни мерки

Notwendige Maßnahmen

### Следниве информации треба да се исполнат од страна на заболекарот:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

### Следните мерки сакам да ги направам кај Вас:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Изработка на рентгентска снимка   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Забот мора да се вади   
Zahn muss gezogen werden

Забот треба да се пломбира   
Zahn benötigt eine Füllung

Кај забот треба да се лекува коренот   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Инекција за анестезија на забот   
Betäubungsspritze für den Zahn

Апсцесот мора да се отвори   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Немам други прашања до заболекарот и се согласувам со мерките кај кои што е ставено крстче.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

да  не  
ja nein

Потпис на пациентот: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Потребен е уште еден  термин за лекување/  термин за контрола.

Ein weiterer Behandlungstermin / Kontrolltermin ist nötig.

Ве молиме дојдете на \_\_\_\_\_ во \_\_\_\_\_ часот повторно во ординацијата.

Bitte kommen Sie am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr erneut in die Praxis.

Упат до хирургот за уста, вилица, лице заради понатамошно лекување

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

Постои  понатамошна потреба за лекување, за кое што според Законот за давачки за кандидати за азил не е можно превземање на трошоците

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

### Напомени:

Hinweise:

Ве молиме за следниот термин понесете со Вас неког кој што го зборува јазикот. Доколку сè уште ја немате поднесено потврдата за болничко лекување, Ве молиме да ја понесете со Вас.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit. Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

Печат на ординацијата  
Praxisstempel



10. (montenegrisc)

## Anketni list za liječenje u hitnom slučaju kod osoba koje ne razumiju jezik

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum:

Datum: \_\_\_\_\_

Pacijent (prezime, ime):

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Datum rođenja:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Odgovorite na sljedeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gdje osjećate bolove?

Wo haben Sie Schmerzen?

Gornja čeljust

Oberkiefer

desno

rechts

lijevo

links

sprijeda

vorne

straga

hinten

Donja čeljust

Unterkiefer

desno

rechts

lijevo

links

sprijeda

vorne

straga

hinten

Koliko dana patite od tih bolova?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 dan

1 Tag

2 dana

2 Tage

3 dana

3 Tage

više od 3 dana

mehr als 3 Tage

Koliko su jaki ti bolovi?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1 = slabi, 10 = neizdrživi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol:

Beschreiben Sie den Schmerz:

tupa

dumpf

bode

stechend

pulsirajuća

klopfend

povremena

zeitweise

stalna

ununterbrochen

Da li imate „debele obraze“ (apsces ili nakupina gnoja)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

da

ja

ne

nein

Od kad imate „debele obraze“?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 dan

1 Tag

2 dana

2 Tage

3 dana

3 Tage

više od 3 dana

mehr als 3 Tage

Da li uzimate medikamente

Nehmen Sie Medikamente?

da

ja

ne

nein

Da li kod sebe imate medikamente?

Haben Sie Medikamente dabei?

da

ja

ne

nein

Tablete protiv bolova?

Schmerztabletten?

da

ja

ne

nein

Ako da, koje: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

Antibiotike?

Antibiotika?

da

ja

ne

nein

Ako da, koje: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

Razrjeđivači krvi?

Blutverdünner?

da

ja

ne

nein

Ako da, koji: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

## Potrebni koraci

Notwendige Maßnahmen:

### Sljedeće napomene popunjava **zubar:**

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

### Sljedeće mjere želim izvršiti u vašem slučaju:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Izrada rendgenske snimke   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Vađenje zuba   
Zahn muss gezogen werden

Stavljanje plombe (punjenje zuba)   
Zahn benötigt eine Füllung

Liječenje korijena zuba   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Inekcija za neosjetljivost zuba   
Betäubungsspritze für den Zahn

Apsces se mora zarezati   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam više pitanja za zubara i pristajem na označene korake.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

da  ne  
ja nein

Potpis pacijenta: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient:



Potrebna je dodatni  termin liječenja/  kontrolni termin.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Ponovo dođite \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ časova u ordinaciju.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Uputnica za kirurge koji operiraju usta, čeljust i lice radi dalje obrade

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Postoji potreba za dodatnim liječenjem  za koje nije moguće podmirenje troškova prema Zakonu o uslugama za azilante

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Pečat ordinacije  
Praxisstempel

### Napomene:

Hinweise:

U sljedećem terminu dovedite osobu koja će prevoditi.

Ako još niste predali, ponesite sertifikat o liječenju.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

پرسشنامه برای درمان اورژانس در موقعی که مشکلات زبانی وجود داشته باشد.  
Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

تاریخ: .....  
Datum:

بیمار (اسم و اسم فامیل): .....  
Patient ( Vorname ):

تاریخ تولد: .....  
Geburtsdatum:

خواهشمند است شما بسئالات زیر جواب دهید:  
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

کجای فک شما درد میکند؟  
Wo haben Sie Schmerzen?

- |  |                                       |  |   |  |
|--|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> عقب<br>hinten | <input type="checkbox"/> جلو<br>vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ<br>links | <input type="checkbox"/> طرف راست<br>rechts | <input type="checkbox"/> فک بالا<br>Oberkiefer   |
| <input type="checkbox"/> عقب<br>hinten | <input type="checkbox"/> جلو<br>vorne | <input type="checkbox"/> طرف چپ<br>links | <input type="checkbox"/> طرف راست<br>rechts | <input type="checkbox"/> فک پایین<br>Unterkiefer |

چند روز است که احساس درد میکنید؟  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?  
 1  2  3  بیش از 3 روز  
1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

شدت درد را مشخص کنید:  
Wie stark sind Ihre Schmerzen?  
 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
(1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)  
(1 = ضعیف، 10 = بشدتی که قابل تحمل نیست)

درد بچه صورتی میباشد؟  
Beschreiben Sie den Schmerz:

- |  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> همیشه<br>ununterbrochen | <input type="checkbox"/> گاه گاهی<br>zeitweise | <input type="checkbox"/> ضربه زدن<br>klopfend | <input type="checkbox"/> تند<br>stechend | <input type="checkbox"/> کسل کننده<br>dumpf |
|--|--|---|--|---|

ایا فک شما ورم کرده؟ (آبسه، تجمع چرک)  
Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)?  
 خیر  
nein  بله  
ja

چند روز است که فک شما ورم کرده؟  
Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“?  
 1  2  3  بیش از 3 روز  
1 Tag 2 Tage 3 Tage ...mehr als 3 Tage

آیا دوائی مصرف میکنید؟  
Nehmen Sie Medikamente?

بله  
ja  خیر  
nein

آیا ان دوا همراهتان میباشد؟  
Haben Sie Medikamente dabei?

بله  
ja  خیر  
nein

مسکن درد  
Schmerztabletten?

..... اگر بله نام دوا.....  
Wenn ja, welche?  بله  
ja  خیر  
nein

انتی بیوتیک  
Antibiotika?

..... اگر بله نام دوا.....  
Wenn ja, welche?  بله  
ja  خیر  
nein

رقیق کننده خون  
Blutverdünner?

..... اگر بله نام دوا.....  
Wenn ja, welche?  بله  
ja  خیر  
nein

اقدامات لازمه

Notwendige Maßnahmen

این قسمت بوسیله دکتر دندانپزشک پر میشود

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

من قصد دارم این اقدامات را انجام دهم:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

عکسبرداری (رادیوگرافی)

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

دندان باید کشیده شود

Zahn muss gezogen werden

دندان باید پر شود

Zahn benötigt eine Füllung

دندان احتیاج به معالجه ریشه دندان را دارد

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

تزریق بی حس کننده

Betäubungsspritze für den Zahn

آبسه را باید باز کرد

Abszess muss aufgeschnitten werden

خیر

nein

بله

ja

من سؤال دیگری از دکتر ندارم و با اقدامات بالا که با X مشخص شده موافقم.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen, die mit X gekennzeichnet sind, einverstanden.

امضاء بیمار.....

Unterschrift Patient



مهر مطب  
Praxisstempel

لازم میباشد.

جهت کنترل

ملاقات دیگری جهت معالجه

Ein weiterer  Behandlungstermin/  Kontrolltermin ist nötig.

خواهشمند است در تاریخ.....در ساعت..... دوباره به مطب مراجعه فرمائید.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

انتقال به جراح دهان، فک- و صورت

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung

تذکرات: خواهشمند است برای جلسه آینده یک نفر را همراه خود بیاورید که بزبان المانی تسلط داشته باشد.

Hinweise: Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

جلسات دیگری جهت معالجه لازم میباشد که مخارج آن متأسفانه مطابق قانون پناهندگان پرداخت نمیشود

Es besteht weiterer Behandlungsbedarf, für die eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz nicht möglich ist

اگر تا بحال ورقه قبول مخارج معالجه را نیاورده اید خواهشمند است که در جلسه آینده این ورقه را با خود بیاورید.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

12. (romani)

## Pucibasiri Lista aso Hitno slucaj kola na halona i Shib

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum/Diwe:

Datum:

Pazienti (Anaw Familijako Anaw)

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Bijando diwe:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Odgoworinen akawa so pucela pe:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Kote isi tut Duka ?

Wo haben Sie Schmerzen?

Upruni Wilica

Oberkiefer

desno

rechts

lewo

links

anglal

vorne

palal

hinten

Teluni Wilica

Unterkiefer

desno

rechts

lewo

links

anglal

vorne

palal

hinten

Kobor Diwe sar isi tut akala Duka?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 Diwe

1 Tag

2 Diwe

2 Tage

3 Diwe

3 Tage

po buter taro 3 Diwe

mehr als 3 Tage

Kobor zurale o Duka?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= hari, 10 = nasti te izdrzinaw) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Objasnin i Duk:

Beschreiben Sie den Schmerz:

jaskini

dumpf

pusawi

stechend

khuwela

klopfend

djala awela

zeitweise

hic na ashola

ununterbrochen

Isitu shuwli Sham (Phumba?)

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

da

ja

na

nein

Od keda isi tu shuwli Sham?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 Diwe

1 Tag

2 Diwe

2 Tage

3 Diwe

3 Tage

po buter taro 3 Diwe

mehr als 3 Tage

Upotrebineja Hapija (Tablete)?

Nehmen Sie Medikamente?

da

ja

na

nein

Isi tut Hapija tute?

Haben Sie Medikamente dabei?

da

ja

na

nein

Hapija Dukenge?

Schmerztabletten?

da

ja

na

nein

Ako da sawe:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Antibiotika (Penicilin)?

Antibiotika?

da

ja

na

nein

Ako da, sawe:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hapija te retkoni to Rat?

Blutverdünner?

da

ja

na

nein

Ako da, sawe:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## So mora te kerelpe

Notwendige Maßnahmen

### Akawa tele trebela o Doktori te perel

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

#### Akawa mangawa te Keraw tute:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Te keraw Slika ko Rengeli   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

O Dand mora te ikalel pe   
Zahn muss gezogen werden

O Dand ka Pherel pe (ka namestinipe)   
Zahn benötigt eine Füllung

O Dand mora ko Koreno te pherel pe   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Inekzija Upiwka aso Dand   
Betäubungsspritze für den Zahn

O Shuwlo Tan more te Phrawel pe   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nanema so te Pucaw panda e Doktore hem sahtewinawa adaleja so mora te kerel o Doktori.  
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

da  na  
ja nein

Potpis taro Pazienti: \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



Panda jek Termini potrebnost/Termini asi Kontola potrebnost.  
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Molinaja tut awa ko diwe ..... ko .....sati palem ki Praxa.  
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Uput ko Doktori za, Wilica, Chirurgia aso Lize, za noknadno Therapija.  
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Ptrebno i palem te awe  palo Azilsko Zakoni na Prifatinena o Troskija za i Therapija  
koja i josh Portebno.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerber-  
leitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Pecati  
Praxisstempel

Pazin:  
Hinweise:

Molinaja tumen anen jawer puti nekas tumenza kowa halola i Shib.  
Ako panda na angan. Ane amenge jawer puti jek Krankenschein.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.  
Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

13. (serbisch)

## Formular za lečenje u slučaju nužde kod jezične barijere

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: \_\_\_\_\_  
Datum:

Bolesnik (prezime, ime): \_\_\_\_\_  
Patient (Name, Vorname):

Datum rođenja: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

#### Molimo odgovorite na sledeća pitanja:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Gde vas boli?  Gornja vilica  desno  levo  napred  nazad  
Wo haben Sie Schmerzen? Oberkiefer rechts links vorne hinten

Donja vilica  desno  levo  napred  nazad  
Unterkiefer rechts links vorne hinten

Koliko dana već osećate bolove?  1 dan  2 dana  3 dana  više od 3 dana  
Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Koliko jaki su vaši bolovi?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
Wie stark sind Ihre Schmerzen? (1 = slabi, 10 = nisu više izdržljivi) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Opišite bol:  tupa  probada  pulsira  povremena  neprekidna  
Beschreiben Sie den Schmerz: dumpf stechend klopfend zeitweise ununterbrochen

Jesu li vam otekli obrazi (apsces, nakupljanje gnoja)?  da  ne  
Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)? ja nein

Otkad su vam natekli obrazi?  1 dan  2 dana  3 dana  više od 3 dana  
Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"? 1 Tag 2 Tage 3 Tage mehr als 3 Tage

Uzimate li lekove?  da  ne  
Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Imate li lekove kod sebe?  da  ne  
Haben Sie Medikamente dabei? ja nein

Tablete protiv bolova?  da  ne Ako da, koje: \_\_\_\_\_  
Schmerztabletten? ja nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Antibiotici?  da  ne Ako da, koje: \_\_\_\_\_  
Antibiotika? ja nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Antikoagulantí?  da  ne Ako da, koje: \_\_\_\_\_  
Blutverdünner? ja nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

---

## Potrebne mere

Notwendige Maßnahmen

### Sledeće napomene treba ispuniti stomatolog:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

#### Želim da provedete sledeće mere:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

izrada rendgenskog snimka   
Anfertigung einer Röntgenaufnahme

potrebno je izvaditi zub   
Zahn muss gezogen werden

potrebno je staviti plombu   
Zahn benötigt eine Füllung

potrebno je lečenje korena   
Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

inekcija s anestezijom za zub   
Betäubungsspritze für den Zahn

potrebno je rezati apsces   
Abszess muss aufgeschnitten werden

Nemam dodatnih pitanja za stomatologa i suglasan/suglasna sam s merama označenim krstom.  da  ne  
Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden. ja nein

Potpis pacijenta: \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



Potrebna je dodatan  pregled za lečenje /  pregled za kontrolu.  
Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Molimo dođite ponovno u ordinaciju dana \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ sati.  
Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Upućivanje oralnom hirurgu, maksilofacijalnom hirurgu na daljnje lečenje   
Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Postoji potreba za  dodatno lečenje za koje nije moguće preuzimanje troškova prema Zakonu o plaćanju tražiteljima azila.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Pečat ordinacije  
Praxisstempel

#### Napomena:

Hinweise:

Kod sledećeg pregleda povedite osobu koja govori jezik.

Ako još niste predali potvrdu za lečenje bolesnika, ponesite je sledeći put.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.



14. (türkisch)

## Dil bariyeri olması durumunda acil tedaviye ilişkin soru formu

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Tarih:

Datum:

Hasta (soyadı, adı):

Patient (Name, Vorname):

Doğum tarihi:

Geburtsdatum:

#### Siz aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Nerede ağrınız var?

Wo haben Sie Schmerzen?

üst çene

Oberkiefer

sağ

rechts

sol

links

ön

vorne

arka

hinten

alt çene

Unterkiefer

sağ

rechts

sol

links

ön

vorne

arka

hinten

Ağrılarınız kaç günden beri var?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 gün

1 Tag

2 gün

2 Tage

3 gün

3 Tage

3 günden fazla

mehr als 3 Tage

Ağrınız hangi şiddette?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= hafif, 10 = dayanılacak gibi değil) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Ağrınızı tarif ediniz:

Beschreiben Sie den Schmerz:

küt

dumpf

batıcı

stechend

zonklayıcı

klopfend

ara sıra

zeitweise

sürekli

ununterbrochen

“Yanağınızda şişlik” var mı (apse, irin birikimi)?

Haben Sie eine “dicke Backe” (Abszess, Eiteransammlung)?

evet

ja

hayır

nein

Ne zamandan beri “yanağınızda şişlik” var?

Seit wann haben Sie eine “dicke Backe”?

1 gün

1 Tag

2 gün

2 Tage

3 gün

3 Tage

3 günden fazla

mehr als 3 Tage

İlaç alıyor musunuz?

Nehmen Sie Medikamente?

evet

ja

hayır

nein

İlaçlarınız yanınızda mı?

Haben Sie Medikamente dabei?

evet

hayır?

evet

ja

hayır

nein

Ağrı kesici?

Schmerztabletten?

evet

ja

hayır

nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Antibiyotik?

Antibiotika?

evet

ja

hayır

nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

Kan sulandırıcı?

Blutverdünner?

evet

ja

hayır

nein

Evet ise, hangileri:

Wenn ja, welche:

## Gerekli işlemler

Notwendige Maßnahmen

### Aşağıdaki bilgiler diş hekimi tarafından doldurulmalıdır:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Sizde aşağıdaki işlemleri yapmak istiyorum:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Röntgen filmi çekimi

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Dişin çekilmesi gerekiyor

Zahn muss gezogen werden

Dişin doldurulması gerekiyor

Zahn benötigt eine Füllung

Dişin kanal tedavisine ihtiyacı var

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Diş için uyuşturucu iğne

Betäubungsspritze für den Zahn

Apsenin kesilip açılması gerekiyor

Abszess muss aufgeschnitten werden

Diş hekimine soracak başka sorularım yok ve işaretlenen işlemleri kabul ediyorum.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

evet  hayır

ja nein

İmza Hasta: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Başka bir  tedavi için randevu /  kontrol için randevu gerekli.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Lütfen \_\_\_\_\_ tarihinde saat \_\_\_\_\_ tekrar muayenehaneye geliniz.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Ağız, çene ve yüz cerrahisine ileri tedavi için sevk .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Mülteciler için Sosyal Yardım Kanunu'na göre masrafların üstlenilmesi mümkün olmayan başkaca bir tedavi ihtiyacı mevcuttur.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Muayenehane kaşesi  
Praxisstempel

Bilgi:

Hinweise:

Lütfen bir sonraki randevuya her iki dili iyi bilen bir kişiyle birlikte gelin.

Eğer henüz vermediyseniz, lütfen hasta tedavi belgesini birlikte getiriniz.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

15. (usbekisch)

## Tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun chet tilida so'rovnomma

### Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Sana:

Datum:

Bemor (familiyasi, ismi):

Patient (Name, Vorname):

Tug'ilgan sanasi:

Geburtsdatum:

#### Quyidagi savollarga **Siz o'zingiz javob bering:**

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Qayeringizda og'riq bor?

Wo haben Sie Schmerzen?

tepa jag'

Oberkiefer

o'ng tomoni

rechts

chap tomon

links

oldi

vorne

orqasi

hinten

pastki jag'

Unterkiefer

o'ng tomoni

rechts

chap tomon

links

oldi

vorne

orqasi

hinten

Bu og'riqlar necha kundan beri bor?

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon?

1 kun

1 Tag

2 kun

2 Tage

3 kun

3 Tage

3 kundan ko'proq

mehr als 3 Tage

Og'riqlar qay darajada?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(1= kuchsiz, 10 = chidab bo'lmaydigan darajada) (1 = schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Og'riqni tasvirlab bering:

Beschreiben Sie den Schmerz:

zirqirab turadigan

dumpf

sanchiqli

stechend

gupillaydigan

klopfend

ba'zida

zeitweise

to'xtamaydigan

ununterbrochen

Betingiz shishganmi (abscess, yiring to'planishi)?

Haben Sie eine "dicke Backe" (Abszess, Eiteransammlung)?

ha

ja

yo'q

nein

Betingiz qachondan beri shishgan?

Seit wann haben Sie eine "dicke Backe"?

1 kun

1 Tag

2 kun

2 Tage

3 kun

3 Tage

3 kundan ko'proq

mehr als 3 Tage

Dori-darmon ichasizmi (qo'llaysizmi)?

Nehmen Sie Medikamente?

ha

ja

yo'q

nein

Dorilar yoningizda bormi?

Haben Sie Medikamente dabei?

ha

ja

yo'q

nein

Og'riqqa qarshi dori?

Schmerztabletten?

ha

ja

yo'q

nein

Agar ha bo'lsa, qaysi dori: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

Antibiotiklar?

Antibiotika?

ha

ja

yo'q

nein

Agar ha bo'lsa, qaysi dori: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

Qon ivishini

susaytiruvchi dori?

Blutverdünner?

ha

ja

yo'q

nein

Agar ha bo'lsa, qaysi dori: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:

## Zarur choralar

Notwendige Maßnahmen

### Quyidagi ko'rsatmalarni tish doktori to'ldirishi kerak:

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

### Muolajangiz uchun quyidagi choralarni ko'rmoqchiman:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Rentgen qilish kerak.

Anfertigung einer Röntgenaufnahme

Tishni sug'urib olish kerak.

Zahn muss gezogen werden

Tishga plomba qo'yish kerak.

Zahn benötigt eine Füllung

Tishning tomirini davolash kerak.

Zahn benötigt eine Wurzelfüllung

Tishni narkoz qilish uchun shprints.

Betäubungsspritze für den Zahn

Abssessni (shishgan joyni) kesish kerak.

Abszess muss aufgeschnitten werden

Tish doktoriga boshqa savollarim yo'q. Yuqorida belgilangan zarur choralar bilan roziman.

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

ha  yo'q  
ja nein

Bemor imzosi: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient



Qo'shimcha  muolaja /  nazorat uchun kelishingiz kerak.

Ein weiterer Behandlungstermin/Kontrolltermin ist nötig.

Iltilimos, \_\_\_\_\_ kuni soat \_\_\_\_\_ shifoxonaga yana keling.

Bitte kommen Sie am ... um ... Uhr erneut in die Praxis.

Muolajani davom ettirish uchun og'iz, jag', yuz jarrohiga yo'llanma .

Überweisung an Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen zur Weiterbehandlung.

Muolajani  davom ettirish zarur. Biroq uning chiqimlari „Boshpana olish uchun hujjat topshirgan shaxslarga ko'mak ko'rsatish haqida qonun“ga muvofiq qoplanmaydi.

Es besteht  weiterer Behandlungsbedarf, für den eine Kostenübernahme nach dem Asylbewerberleitungs-Gesetz nicht möglich ist.

Shifoxona muhri  
Praxisstempel

### Eslatmalar:

Hinweise:

Kelasi safar o'zingiz bilan tillarni yaxshi biladigan odamni olib keling. Agar „Bemorlarni davolash hujjati“

[Krankenbehandlungsschein]ni doktorga hali topshirmagan bo'lsangiz, kelasi safar uni ham o'zingiz bilan olib keling.

Bitte bringen Sie für den kommenden Termin eine sprachkundige Person mit.

Sofern noch nicht eingereicht, bringen Sie bitte den Krankenbehandlungsschein mit.

1. (albanisch)

## Fleta për mbledhjen e të dhënave të pacientëve

### Patientenerhebungsbogen

Mbiemri:

Familienname:

Datëlindja:

Geburtsdatum:

Shteti/vendi i origjinës:

Herkunftsland/-ort:

Njohuritë gjuhësore:

Sprachkenntnisse:

Emri:

Vorname:

Shtetësia:

Staatsangehörigkeit:

#### Vetëm në rast të të miturve: Personi me të drejtë edukimi

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Mbiemri:

Familienname:

Datëlindja:

Geburtsdatum:

Emri:

Vorname:

Shtetësia:

Staatsangehörigkeit:

#### Të dhënat e kontaktit

Kontaktdaten

Numri i telefonit/celularit:

Telefon-/Handynummer:

E-mail:

Adresa e tanishme (rruga./nr. i shtëpisë/vendi):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Numri i telefonit i përkthyesit:

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

**Ju lutemi, përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme mbi gjendjen tuaj të shëndetit sa më saktë të jetë e mundur! Të dhënat i nënshtrohen detyrimit mjekësor për të heshtur dhe dispozitave të mbrojtjes së të dhënave dhe trajtohen me fshehtësi të madhe.**

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.

Sëmundje e zemrës / qarkullimit të gjakut

Herz-/Kreislaufkrankung

po  jo  
ja nein

Çrregullime të koagulimit të gjakut

Blutgerinnungsstörungen

po  jo

Vuajtje nga kriza (epilepsi)

Anfallsleiden (Epilepsi)

po  jo

Astma/sëmundje të mushkërive

Asthma/Lungenerkrankungen

po  jo

Alivani/bie të fikët

Ohnmachtsanfälle

po  jo

Diabet/sëmundja e sheqerit

Diabetes/Zuckerkrankheit

po  jo

Sëmundje e mëlçisë/hepatit

Lebererkrankung/Hepatitis

po  jo

Sëmundje të veshkave

Nierenerkrankungen

po  jo

Reumatizëm/artrit

Rheuma/Arthritis

po  jo

Sëmundje e gjëndrës tiroide

Schilddrüsenerkrankung

po  jo

Tuberkulozë

Tuberkulose

po  jo

Infeksioni HIV/stadiumi i SIDËS

HIV-Infektion/Stadium AIDS

po  jo

Sëmundje infektive (p.sh. MRSA)

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

po  jo

Varësi nga droga

Drogenabhängigkeit

po  jo

Duhanpirës

Raucher

po  jo

#### A ka një shtatzëni?

Besteht eine Schwangerschaft?

po  jo  
ja nein

Nëse po, në cilin muaj?

Wenn ja, in welchem Monat?

.....muaj  
Monat

#### Sëmundje të tjera:

Sonstige Erkrankungen

po  jo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Alergji respektivisht padurueshmëri:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anestezi lokale/gjilpëra

Lokalanästhesie/Spritzen

po  jo

Antibiotikët

Antibiotika

po  jo

Barna kundër dhimbjeve

Schmerzmittel

po  jo

Të tjerat:.....

Andere:

**A janë bërë tek ju tashmë radiografi dentare?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

po     jo  
ja            nein

Nëse po, kur? .....

Wenn ja, wann?

**A keni probleme gjatë kafshimit për shkak të mungesës së dhëmbëve?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

po     jo

**A keni qenë tashmë tek një mjek i përgjithshëm?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

po     jo

Nëse po, tek cili mjek? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Cilat medikamente merrni ju rregullisht respektivisht tani për tani? .....** që nga.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... që nga .....

..... që nga .....

....., më.....  
....., den

Nënshkrimi: .....  
Unterschrift:

## استمارة حصر بيانات المريض Patientenerhebungsbogen

	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: هاتف/هاتف جوال: البريد الإلكتروني: العنوان الحالي (الشارع/رقم الدار/المدينة) هاتف المترجم:	<b>Kontaktdaten</b> Telefon-/Handynummer: E-Mail: Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): 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.				

nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	هل توجد حالة حمل؟  ..... إن كان الجواب نعم، ففي أي شهر؟	Besteht eine Schwangerschaft?  Wenn ja, in welchem Monat?	nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	مرض قلب/دورة الدموية خلل في تخثر الدم مرض نوبات صرع الربو/أمراض الرئة نوبات فقدان الوعي السكري أمراض الكبد/التهاب الكبد أمراض الكلى الروماتيزم/التهاب المفاصل أمراض الغدة الدرقية السل إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/مرحلة الإيدز أمراض العدوى (مثل بكتيريا المكورات العنقودية المقاومة للمضادات الحيوية) إدمان على المخدرات مدخن	Herz-/ Kreislauferkrankung Blutgerinnungsstörungen Anfallsleiden (Epilepsie) Asthma/Lungenerkrankungen Ohnmachtsanfälle Diabetes/Zuckerkrankheit Lebererkrankung/Hepatitis Nierenerkrankungen Rheuma/Arthritis Schilddrüsenerkrankung Tuberkulose HIV-Infektion/Stadium AIDS Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) Drogenabhängigkeit Raucher
nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	أية أمراض أخرى:  ..... .....	Sonstige Erkrankungen:	nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	أمراض الكبد/التهاب الكبد أمراض الكلى الروماتيزم/التهاب المفاصل أمراض الغدة الدرقية السل إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/مرحلة الإيدز أمراض العدوى (مثل بكتيريا المكورات العنقودية المقاومة للمضادات الحيوية) إدمان على المخدرات مدخن	
nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	حساسية أو عدم تقبل:  .....	Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	أمراض الكبد/التهاب الكبد أمراض الكلى الروماتيزم/التهاب المفاصل أمراض الغدة الدرقية السل إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/مرحلة الإيدز أمراض العدوى (مثل بكتيريا المكورات العنقودية المقاومة للمضادات الحيوية) إدمان على المخدرات مدخن	
nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	تخدير موضعي/حقن  .....	Lokalanästhesie/ Spritzen	nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	أمراض الكبد/التهاب الكبد أمراض الكلى الروماتيزم/التهاب المفاصل أمراض الغدة الدرقية السل إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/مرحلة الإيدز أمراض العدوى (مثل بكتيريا المكورات العنقودية المقاومة للمضادات الحيوية) إدمان على المخدرات مدخن	
nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	مضادات حيوية مسكنات ألم غيره: .....	Antibiotika Schmerzmittel Andere:	nein لا <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/>	أمراض الكبد/التهاب الكبد أمراض الكلى الروماتيزم/التهاب المفاصل أمراض الغدة الدرقية السل إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/مرحلة الإيدز أمراض العدوى (مثل بكتيريا المكورات العنقودية المقاومة للمضادات الحيوية) إدمان على المخدرات مدخن	

<p>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 <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/></p>		<p>Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?          Wenn ja, wann? .....</p> <p>Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?</p>	
		<p>هل سبق لك وأن راجعت طبيباً أخصائياً بالطب العام؟          إن كان الجواب نعم فأى طبيب؟          .....</p>	<p>Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?          Wenn ja, bei welchem Arzt?</p>
<p>منذ .....seit          منذ .....          منذ .....</p>	<p>.....          .....          .....</p>	<p>ماهي الأدوية التي تتعاطها بصورة منتظمة أو بالأحرى حالياً؟</p>	<p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?</p>

المكان والتاريخ

Ort ..... den .....

التوقيع

Unterschrift:.....



# Patientenerhebungsbogen

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_  
 Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

## Nur bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten

Telefon-/ Handynummer: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_  
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetchers \_\_\_\_\_

**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.

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-/ Kreislauferkrankung         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma/Arthritis                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

**Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein  
 .....  
 .....  
 .....

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**  
 Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein  
 Andere: .....

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**  ja  nein  
 Wenn ja, wann? .....

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?  ja  nein

**Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?**  ja  nein  
 Wenn ja, bei welchem Arzt? .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?** ..... seit .....

..... seit .....

..... seit .....

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

3. (englisch)

## Patient questionnaire

### Patientenerhebungsbogen

<b>Last name:</b> Familiennamen:	_____	<b>First name:</b> Vorname:	_____
<b>Date of birth:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Nationality:</b> Staatsangehörigkeit:	_____
<b>Country/place of origin:</b> Herkunftsland/-ort:	_____		
<b>Language skills:</b> Sprachkenntnisse:	_____		

#### Only for minors: Legal guardian

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

<b>Last name:</b> Familiennamen:	_____	<b>First name:</b> Vorname:	_____
<b>Date of birth:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Nationality:</b> 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.

<b>Cardiovascular disease</b> Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	<b>Are you pregnant?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein
<b>Blood coagulation (clotting) disorder</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>If so, in which month?</b> Wenn ja, in welchem Monat?	.....month Monat	
<b>Seizure disorders (epilepsy)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Other illnesses:</b> Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>Asthma/lung diseases</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Fainting</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Diabetes</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Liver disease / hepatitis</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Kidney diseases</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Rheumatism/arthritis</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	.....		
<b>Thyroid disease</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Allergies or intolerances:</b> Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
<b>Tuberculosis</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Local anaesthesia/injections</b>	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>HIV infection / AIDS stage</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Antibiotics</b>	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>Infectious diseases (e.g. MRSA)</b> Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Pain killers</b>	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
<b>Drug addiction</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<b>Other:</b> .....		
<b>Smoker</b> Raucher	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	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:

4. (français)

## Fiche de renseignements sur le patient

### Patientenerhebungsbogen

Nom de famille:

Familiennome:

Date de naissance:

Geburtsdatum:

Pays et lieu d'origine:

Herkunftsland/-ort:

Connaissances linguistiques:

Sprachkenntnisse:

Prénom:

Vorname:

Nationalité:

Staatsangehörigkeit:

#### Uniquement pour les personnes mineures: Tuteur légal

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Nom de famille:

Familiennome:

Date de naissance:

Geburtsdatum:

Prénom:

Vorname:

Nationalité:

Staatsangehörigkeit:

#### Données de contact

Kontaktdaten

Numéro de téléphone fixe/portable:

Telefon-/Handynummer:

Courriel:

E-Mail:

Domicile actuel (rue/numéro/commune):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

N tél. de l'intermédiaire linguistique/interprète:

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

#### Veillez répondre avec la plus grande exactitude possible aux questions suivantes relatives à votre état de santé!

Les informations sont soumises à l'obligation de secret médical et aux dispositions relatives à la protection des données et sont traitées de manière strictement confidentielle.

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.

Maladie cardiovasculaire

Herz-/Kreislaufkrankung

oui  non

ja nein

Problèmes de coagulation sanguine

Blutgerinnungsstörungen

oui  non

Épilepsie

Anfallsleiden (Epilepsi)

oui  non

Asthme/maladies pulmonaires

Asthma/Lungenerkrankungen

oui  non

Syncopes

Ohnmachtsanfälle

oui  non

Diabète

Diabetes/Zuckerkrankheit

oui  non

Maladie du foie/hépatite

Lebererkrankung/Hepatitis

oui  non

Maladies rénales

Nierenerkrankungen

oui  non

Rhumatismes/arthrite

Rheuma/Arthritis

oui  non

maladie de la thyroïde

Schilddrüsenerkrankung

oui  non

Tuberculose

Tuberkulose

oui  non

Infection VIH/stade SIDA

HIV-Infektion/Stadium AIDS

oui  non

Maladies infectieuses (par ex. SARM)

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

oui  non

Toxicomanie

Drogenabhängigkeit

oui  non

Fumeur

Raucher

oui  non

Êtes-vous enceinte?

Besteht eine Schwangerschaft?

oui  non

ja nein

Si oui, depuis combien de mois?

Wenn ja, in welchem Monat?

.....mois

Monat

Autres maladies:

Sonstige Erkrankungen

oui  non

Allergies ou intolérances:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Anesthésie locale/piqûres

Lokalanästhesie/Spritzen

oui  non

Antibiotiques

Antibiotika

oui  non

Analgésiques

Schmerzmittel

oui  non

Autres: .....

Andere:

**Avez-vous déjà subi une radiographie dentaire?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

oui     non  
ja            nein

Si oui, quand? .....

Wenn ja, wann?

**Avez-vous des problèmes de mastication suite à un manque de dents?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

oui     non

**Avez-vous déjà consulté un médecin généraliste?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

oui     non

Si oui, lequel? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Quels médicaments prenez vous régulièrement ou actuellement?** ..... depuis .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... depuis .....

..... depuis .....

....., le .....

, den

Signature: .....

Unterschrift:

5. (kroatisch)

## Anketni obrazac za pacijenta

### Patientenerhebungsbogen

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____
Zemlja i mjesto rođenja: Herkunftsland/-ort:	_____		
Poznavanje jezika: Sprachkenntnisse:	_____		

#### Samo kod maloljetnika: Ovlašteni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____

#### Podaci za kontakt

Kontaktdaten

Broj telefona (mobitela):  
Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-pošta:  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Sadašnja adresa (ulica/kućni broj/mjesto):  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

Broj telefona tumača:  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

**Što točnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi s Vašim zdravstvenim stanjem! Podaci podliježu liječničkoj obvezi o povjerljivosti i propisima zaštite podataka i bit će korišteni strogo povjerljivo.**

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.

<b>Srčana bolest/oboljenje cirkulacijskog sustava</b> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	<b>Jeste li trudni?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
<b>Smetnje s krvnim sudovima</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ako da, u kojem mjesecu? .....</b> Wenn ja, in welchem Monat?	.....mjesec Monat	
<b>Napadaji (epilepsija)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ostala oboljenja:</b> Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Astma/plućna oboljenja</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Napadaji nemoći</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Dijabetes/šećerna bolest</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolest jetre/hepatitis</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bubrežne bolesti</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Reuma/artritis</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolest štitnjače</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
<b>Tuberkuloza</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Allergije ili netolerancije:</b> Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
<b>HIV-infekcija/stadij AIDS-a</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Lokalna anestezija/šprice</b> Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Infekcijska oboljenja (npr. MRSA)</b> Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Antibiotici</b> Antibiotika	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Ovisnost o drogama</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Sredstva protiv bolova</b> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Pušač</b> Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ostalo: .....</b> Andere:		

**Jesu li na vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da     ne  
ja            nein

**Ako da, kada?** .....

Wenn ja, wann?

**Imate li poteškoća sa žvakanjem jer nemate sve zube?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da     ne

**Jeste li već bili kod liječnika opće medicine?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da     ne

**Ako da, kod kojeg?** .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Koje lijekove uzimate redovito, odnosno, trenutačno?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od .....

..... seit .....

..... od .....

..... , datum: .....

..... , den

Potpis: .....

Unterschrift:

8. (kurdisch-zaza)

## Kaxita haqa şaxis de malumat guretene Patientenerhebungsbogen

**Name pey:** \_\_\_\_\_  
 Familienname:  
**Demê biayene:** \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum:  
**Welato/îstano ke tu yi ra ama:** \_\_\_\_\_  
 Herkunftsland/-ort:  
**Zon zanitene:** \_\_\_\_\_  
 Sprachkenntnisse:

**Name ver:** \_\_\_\_\_  
 Vorname:  
**Mensubiata dewlete:** \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit:

### Teyna domonune qickeku de wekilê qaitê ci biayene (vasi)

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

**Name pey:** \_\_\_\_\_  
 Familienname:  
**Demê biayene:** \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum:

**Name ver:** \_\_\_\_\_  
 Vorname:  
**Mensubiata dewlete:** \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit:

### Maulamatê kontax

Kontaktdaten:

**Amora telefoni/ Tel. ye desti:** \_\_\_\_\_  
 Telefon / Handynummer:

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Adresa nikaene (Raa/amora boni/ca):** \_\_\_\_\_  
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

**Amora telefonê zon çarnedari/tercümani** \_\_\_\_\_  
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

### Kerem ke çüabê perse ke cer saba halê weşia sîma nuşie mumkiniete tam bîderê!

Malumatê sîma vatî, mecburieta sîrrê doxtor de u şartune malumat seweknene de manenê u wedarinê.

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.

**Nêweşia zerra bele/dewîrdaima goni**  hia  nê

Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

**Çetînia gon hest biayene esta**  hia  nê

Blutgerinnungsstörungen

**Nêweşia kud guretene (Epilepsi)**  hia  nê

Anfallsleiden (Epilepsi)

**Astma/nêweşia piske**  hia  nê

Asthma/Lungenerkrankungen

**Nêweşia balmîs biene**  hia  nê

Ohnmachtsanfälle

**Diabetes/nêweşia seker**  hia  nê

Diabetes/Zuckerkrankheit

**Nêweşia cigere/hepatitis**  hia  nê

Lebererkrankung/Hepatitis

**Nêweşia velîku**  hia  nê

Nierenerkrankung

**Reumatizme/arthritis**  hia  nê

Rheuma/Arthritis

**Nêweşia quatire**  hia  nê

Schilddrüsenerkrankung

**Xiştika piske (Tuberkulose)**  hia  nê

Tuberkulose

**HIV-Infekcion/stadiumê AIDS**  hia  nê

HIV-Infektion/Stadium AIDS

**Nêweşie infekcionî (tîmsalde MRSA)**  hia  nê

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

**Mubtela madda esrari**  hia  nê

Drogenabhängigkeit

**Cixara simitene**  hia  nê

Raucher

### Digonie esta?

Besteht eine Schwangerschaft?

**Eke esta, çand asmu de ra?**

Wenn ja, in welchem Monat?

hia  nê

ja nein

**Asme**

Monat

### Zobina nêweşie:

Sonstige Erkrankungen

hia  nê

.....

.....

.....

.....

### Alergi ya ki nêqebul:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

**Anastesie lokal**

Lokalanästhesie/Spritzen

**Antibiotika**

Antibiotika

**Dermonê dec**

Schmerzmittel

**Zobina:** .....

Andere:

hia  nê

hia  nê

hia  nê



**Hal hazır dıdanê sima röntgen kerd?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

hia  nê  
ja nein

Eke hia, key? .....

Wenn ja, wann?

**Saba kêmia dıdanunu eke cût problemê/çetinia sima/tu esta?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kaufen?

hia  nê

**Sima qe şî Hekimê umimi/dahiliê nêweşiê?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

hia  nê

Eke hia, kamci hekim? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Sima kamci/sene dermonu daim ya ki nıka cenê?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... Demê.....ra hata nıka  
seit

..... Demê.....ra hata nıka

..... Demê.....ra hata nıka

Ca:..... Dem: ....., den

İmıza: .....  
Unterschrift:

6. (kurdisch-kurmandschi)

## Pirsên zaniyarî di derheqa nexweşan de Patientenerhebungsbogen

Navê Malbatê: Familiennamen:	_____	Nav: Vorname:	_____
Roja ji dayikbûnê: Geburtsdatum:	_____	Nasnama welat: (Hemwelatî): Staatsangehörigkeit:	_____
Welatê resen (bingehîn): Herkunftsland/-ort:	_____		
Zimanzanî (çend zimanan dizanê): Sprachkenntnisse:	_____		

### Tenê jibo zarokên piçûk (di bin 18 salî de) / Perpîrsê perwerdekîrî (xwedîkirinê)

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Navê Malbatê: Familiennamen:	_____	Nav: Vorname:	_____
Roja ji dayikbûnê: Geburtsdatum:	_____	Nasnama welat: (Hemwelatî): Staatsangehörigkeit:	_____

### Danustandin (pêwendi)

Kontakt Daten

Telefon- / hejmara Tel. destan: Telefon-/Handynummer:	_____
E-Mail (posta elektronî): E-Mail	_____
Navnîşana vêgavê (Navê kolanê./Hejmara malê./cih, bajar): Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):	_____
Hejmara Telefona alîkarê ziman / Wergêr (Tercûman) Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:	_____

Ji kerema xwe bersiva van pirsên li jêr derheqa (sebarek bi) rewşa we a tendrustî, bi eşkera û rastî bidin! Ew zaniyarî hemû dikevin jêr erkên bêdengiya Textoran de û bi pîvanên parastina nehênîyên kesayetî têne parastinê, û li ba kesên ku cihê baweriyê ne (yanî ew bi tenê li ba Textoran) dimênin.

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.

Nexweşiya Dil- / yanjî li hevgerandina xwînê? Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na ja nein	<b>Ducanî (Avis, bi hemilî)?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na ja nein
Nexweşiya kêmbûna xwînê heye Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Heger erê be, meha (heyva) çenda ye? .....heyva Wenn ja, in welchem Monat?	..... Monat
Sergêjiya (ketina erdê) ji nişkêve (Epilepsi) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Nexweşiyên din (main, jibilî wan): Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Asthma/nexweşiyên singê, bêhdanê Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Ji ser hişçûn (bêhişbûn) Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Diabetes/nexweşiyên şeker Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên kezebê/ zerika reş (Hepatitis) Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên gurçikê Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên bawî, badarî (romatîzmê) Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	.....	
Nexweşiyên zenglorikê (qirik, toşbî- xudda dereqî) Schilddrüsenkrankung	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Nexweşiyên Hestiyarî ( elergi, hesasiyet): Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	
Êşa zirav (Sil, Tuberkulose) Tuberkulose	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Bêhişkirina cihkî/Derziya ji hişbirinê Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Nexweşiya qelsbûna bergirîya laş (AIDS) HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Hebên dijeçilk (Antibiotika) Antibiotika	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Nexweşiyên wergirtina mîkropan: weke baktêriya girover a zêrînî (mesela MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Dermanê dijî êşê Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na
Madeyên hişbirinê (mûxederat) dikşênê Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na	Tiştên din: ..... Andere:	
Çixarekêşî (çixara vedixwê): Raucher	<input type="checkbox"/> erê <input type="checkbox"/> na		

Wêneyên (sûretên) tîrêja ênergî (Röntgen) berî niha ji te re hatine girtin ê?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

erê  na  
ja nein

Heger erê, kengî (çi demê, kîjan salê)?.....

Wenn ja, wann?

Jiber hilkirina dirana (diranên ketî) çetnahî (zehmetiyên) cûtina xwarinê li bat e heye?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

erê  na

**Ti tucarî çûyî ba Textorê nexweşiyên giştî?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

Heger erê, li ba kîjan textorî? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

erê  na

Ti çi dermanan berdewam dixwe, yanî vêgavê (halêhazir)

ti çi dermanî dixwe?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... Ji kengî ve .....  
seit

..... Ji kengî ve .....

..... Ji kengî ve .....

..... , Li roja .....  
, den

Îmze:.....  
Unterschrift:

## زانباری و پرسیار له باری نه خویشی Patientenerhebungsbogen

<p><b>ناو:</b> _____ Vorname:</p> <p><b>هه مولاتی:</b> _____ Staatsangehörigkeit:</p>	<p><b>نازناو:</b> _____ Familiename:</p> <p><b>روژی له دایکیوون:</b> _____ Geburtsdatum:</p> <p><b>ولاتی بنه رهنی / شوین:</b> _____ Herkunftsland/ -ort:</p> <p><b>زمانزانی (چهند زمان دهزانی):</b> _____ Sprachkenntnisse:</p>
---	---

ته نیا بو مندالی کمه ته مهن ( له ژیر 18 سالیدا): به پررسی په روه رده (به خوکهر)  
Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter:

<p><b>ناو:</b> _____ Vorname:</p> <p><b>هه مولاتی:</b> _____ Staatsangehörigkeit:</p>	<p><b>نازناو:</b> _____ Familiename:</p> <p><b>روژی له دایکیوون:</b> _____ Geburtsdatum:</p>
---	--

### شبووه بی پنه نیکردن Kontaktdaten

تله فون - / ژماره ی تله فونی دهست: \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer:

ئیمیل (پوستی نه لیکترونی): \_\_\_\_\_  
E-Mail:

ناوینشانی ئیستا (ناوی کولان. / ژماره ی خانو. / شار) \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

ژماره ی تله فونی وه رگیر یان یارمه تیدهری زمان: \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

تکایه به گوپهری توانا وه لآمی نهم پرسیارانه ی خواره وه سه باره ت به تهن دوستی خۆت به ته وای بدهره وه.  
وه لآمه کانت نه که ونه خانه ی نه هینی پزیشک و پاراستنی زانباری که سایه تی و به متمانه یی مامه له له گه ل ده کرت.

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.

<p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> دوو گیانیت؟ nein ja Besteht eine Schwangerschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه گهر به لی نه وه مانگی چه نه ده؟ nein ja Wenn ja, in welchem Monat?</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی تر nein ja Sonstige Erkrankungen</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> هه ستوکی (چه ساسیبه ت) دژ به: nein ja Allergien bzw. Unverträglichkeiten:</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> ده رزی ده رمانی هوشبهری nein ja Lokalanästhesie/Spritzen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> دژه چلک (نانتی بیوتیک) nein ja Antibiotika</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> ده رمانی نازار nein ja Schmerzmittel</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> هیت (هه.ت.د.) nein ja Andere:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> _____ nein ja</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> _____ nein ja</p>	<p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> دل - / نه خویشی سوورانه وه ی خوین nein ja Herz-/Kreislaufkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی مه یاندنی خوین nein ja Blutgerinnungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> فی لیهاتن (صه ره ع . ئیپیلنکسی) nein ja Anfallsleiden (Epilepsi)</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> هه ناسه گیری (ناسما) nein ja Asthma/Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> له هوش چون nein ja Ohnmachtsanfälle</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی شه کر (شه کره، دیابتس) nein ja Diabetes/Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی جگهر (هتپاتیس) nein ja Lebererkrankung/Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی گورچله nein ja Nierenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> باداری (نازاری جومگه - روماتیزم) nein ja Rheuma/Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی نه لگ (غده ده ره قیه) nein ja Schilddrüsenerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی کانی سی nein ja Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> دابه زینی توانای کوئندامی به رگری لهش (نایدس) nein ja HIV-Infektion/Stadium AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> نه خویشی که زور بلاوده بنه وه، وه کو باکتیریا (مارسا) nein ja Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> به کاره تانی ماده یی هوشبهر nein ja Drogenabhängigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> نا <input type="checkbox"/> به لی <input type="checkbox"/> جگاره کیشی nein ja Raucher</p>
--	--

نا  بهلى   
nein ja

نايه پيشتر لاي پزيشكى دان ونيهي سونهر بوت گيراوه يان نا؟

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ئه گهر بهلى - كهى؟

Wenn ja, wann?

نا  بهلى   
nein ja

نايه له بهر بيدانى (دان هه لكه نندن) زه حمه تي ئه بينى له كاتى خواردن جوين

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

نا  بهلى   
nein ja

نايه چوى لاي پزيشكى گشتى؟

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ئه گهر بهلى ، ئه وه لاي كام پزيشك:

Wenn ja, bei welchem Arzt?

---

له كه يه وه

seit

---

---

---

نايه به بهرده وامى هيچ ده رمانيك ئه بهى (ده خوى) ؟ يان ئىستا؟

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... شوين له بهروارى ..... (ئيمزه).....  
Ort, den Unterschrift:

## Формулар за податоци на пациентот

### Patientenerhebungsbogen

Презиме: Familiename:	_____	Име: Vorname:	_____
Датум на раѓање: Geburtsdatum:	_____	Државјанство: Staatsangehörigkeit:	_____
Држава / место на раѓање: Herkunftsland/-ort:	_____		
Јазичи: Sprachkenntnisse:	_____		

#### Само кај малолетни лица старателот

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Презиме: Familiename:	_____	Име: Vorname:	_____
Датум на раѓање: Geburtsdatum:	_____	Државјанство: Staatsangehörigkeit:	_____

#### Контактни податоци

Kontaktdaten

Телефонски / мобилен број: Telefon-/Handynummer:	_____
Е-маил:	_____
Моментална адреса (ул./бр./место): Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):	_____
Телефонски број на преведувачот / толкувачот: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:	_____

#### Ве молиме одговорете ги следните прашања во врска со Вашата здравствена состојба што поточно можете! Податоците подлежат на лекарскиот завет за молчење и на одредбите за заштитата на податоците и ќе бидат обработени строго доверливо.

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.

Заболувања на срце / крвоток Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein	Дали постои бременост? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> да ja	<input type="checkbox"/> не nein
Пречки на згрутчување на крвта Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Ако да, во кој месец? Wenn ja, in welchem Monat?	.....	месец Monat
Тегоби со напади (епилепсија) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Останати заболувања: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Астма/заболување на белите дробови Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....		
Напади на несвестица Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....		
Дијабетес/шеќерна болест Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....		
Болести на црн дроб/хепатитис Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....		
Заболување на бубрези Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....		
Реума/артритис Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	.....		
Болести на штитна жлезда Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Алергии односно неподносливости: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Туберкулоза Tuberkulose	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Локална анестезија/инекции Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
ХИВ-инфекција/стадиум СИДА HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Антибиотици Antibiotika	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Инфективни болести (на пр. МРСА) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Лекарства против болки Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Зависност од дроги Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	Други: ..... Andere:		
Пушач Raucher	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не			

**Дали кај Вас се веќе направени заболкарски рентгентски снимки?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

да  не  
ja nein

Ако да, тогаш кога? .....

Wenn ja, wann?

**Дали заради недостатокот на заби имате проблеми со цвакањето?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

да  не

**Дали веќе сте биле кај општ лекар?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

да  не

Ако да, кај кој лекар? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Кои лекови ги зимате редовно односно во моментов?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... од.....  
seit

..... од .....

..... од .....

....., од .....

, den

Потпис: .....

Unterschrift:

10. (montenegrinisch)

## Formular za podatke o pacijentu Patientenerhebungsbogen

Prezime:

Familiename: \_\_\_\_\_

Datum rođenja:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zemlja i mjesto rođenja:

Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_

Jezici na kojima se porazumjeva:

Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

Ime:

Vorname: \_\_\_\_\_

Državljanstvo:

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Samo kod maloljetnika: Ovlašćeni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime:

Familiename: \_\_\_\_\_

Datum rođenja:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ime:

Vorname: \_\_\_\_\_

Državljanstvo:

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Podaci za kontakt

Kontaktdaten:

Broj telefona (mobitela):

Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-pošta:

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresa (ulica/kućni broj/mjesto):

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

Broj telefona tumača

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

**Šta tačnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi sa Vašim zdravstvenim stanjem!** Podaci podliježu liječničkoj obavezi o povjerljivosti i propisima zaštite podataka i biće korišćeni strogo povjerljivo.

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.

Srčana bolest/ oboljenje cirkulatornog sistema  da  ne

Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Smetnje sa krvnim sudovima  da  ne

Blutgerinnungsstörungen

Napadaji (epilepsija)  da  ne

Anfallsleiden (Epilepsi)

Astma/plućne bolesti  da  ne

Asthma/Lungenerkrankungen

Nesvjestica  da  ne

Ohnmachtsanfälle

Dijabetes/šećerna bolest  da  ne

Diabetes/Zuckerkrankheit

Bolest jetre/hepatitis  da  ne

Lebererkrankung/Hepatitis

Bubrežne bolesti  da  ne

Nierenerkrankungen

Reuma/artritis  da  ne

Rheuma/Arthritis

Bolest štitnjače  da  ne

Schilddrüsenerkrankung

Tuberkuloza  da  ne

Tuberkulose

HIV-infekcija/stadij AIDS-a  da  ne

HIV-Infektion/Stadium AIDS

Infekcijske bolesti (npr. MRSA)  da  ne

Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Ovisnost o drogama  da  ne

Drogenabhängigkeit

Pušač  da  ne

Raucher

Da li ste trudni?

da  ne

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Ako da, u kojem mjesecu?

.....mjesec

Wenn ja, in welchem Monat?

Monat

Druge bolesti:

da  ne

Sonstige Erkrankungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Alergije ili netolerancije:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalna anestezija/inekcije

da  ne

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotici

da  ne

Antibiotika:

Sredstva protiv bolova

da  ne

Schmerzmittel:

Drugo: .....

Andere:



**Da li su na Vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da  ne

Ako da, kada? .....

Wenn ja, wann?

**Da li imate problema sa žvakanjem jer nemate sve zube?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da  ne

**Da li ste već bili kod doktora opšte medicine?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da  ne

Ako da, kod kog? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Koje medikamente uzimate redovno, odnosno, u ovom trenutku? .....**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

od .....

seit

od .....

od .....

....., datum: .....  
, den

Potpis: .....  
Unterschrift:

## پرسشنامه بیماران

### Patientenerhebungsbogen

نام خانوادگی: ..... نام: .....  
 Familienname: ..... Vorname: .....

تاریخ تولد: ..... تابعیت: .....  
 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

کشور مبدا / محل (شهر): .....  
 Herkunftsland/-ort: .....

**فقط برای افراد زیر سن قانونی**  
 Nur bei Minderjährigen:  
**قیم بچه یا شخص صاحب حقوق حضانت**  
 Erziehungsberechtigter

نام خانوادگی: ..... نام: .....  
 Familienname: ..... Vorname: .....

تاریخ تولد: ..... تابعیت: .....  
 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

#### تماس

Kontaktdaten

شماره تلفن یا موبایل (سیار): .....  
 Telefon-/Handynummer: .....

آدرس پست الکترونیکی: .....  
 E-Mail: .....

آدرس پستی فعلی (خیابان/شماره/شهر): .....  
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): .....

شماره تلفن شخصی که قادر به کمک مترجمی باشد: .....  
 Telefon-Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: .....

لطفاً سوالات زیر را راجع بوضع مزاجی خود دقیقاً جواب دهید. این اطلاعات تحت محرمانه بودن اطلاعات پزشکی میباشد و شدیداً محرمانه باقی می ماند.

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.

<p>آیا حامله هستید؟                  Besteht eine Schwangerschaft?                  ماه .....                  Monat                  اگر بله در چه ماهی؟                  Wenn ja, in welchem Monat?                  سایر بیماریهای دیگر:                  Sonstige Erkrankungen?</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                  ja nein                  بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                  ja nein                  بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                  ja nein                  بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                  ja nein                  بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                  ja nein                  بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                  ja nein</p>	<p>بیماریهای قلبی و بیماری های گردش خون                  Herz-/Kreislaufkrankung                  اختلالات انعقاد خونی                  Blutgerinnungsstörungen                  اختلالات تشنجی (صرع)                  Anfallsleiden (Epilepsie)                  آسم / بیماری های ریوی                  Asthma/Lungenerkrankungen                  غش                  Ohnmachtsanfälle                  دیابت/ بیماری قند                  Diabetes/Zuckerkrankheit                  بیماری های کبد/ هپاتیت                  Lebererkrankung/Hepatitis</p>
---	---	--

**آلرژی یا عدم تحمل:**  
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

بیپوشی محلی / تزریق  
Lokalanästhesie/Spritzen:

آنتی بیوتیک ها  
Antibiotika:

دارو های مسکن  
Schmerzmittel:

آلرژیک های دیگر.....  
Andere:

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بله  خیر   
ja nein

بیماری کلیوی  
Nierenerkrankungen:

روماتیسم/آرتریت  
Rheuma/Arthritis:

بیماری های تیروئید  
Schilddrüsenerkrankung:

مرض سل  
Tuberkulose:

عفونت اچ آی وی/بیماری ایدز  
HIV-Infektion/Stadium AIDS:

بیماری های عفونی (بعنوان مثال ام آر اس آ)  
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

اعتیاد بمواد مخدره  
Drogenabhängigkeit:

سیگاری  
Raucher:

بله  خیر   
ja nein

آیا تابحال از فک های شما رادیوگرافی شده؟  
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

آیا شما بعلت عدم دندان ناراحتی در موقع جویدن دارید؟  
Wenn ja, wann?

بله  خیر   
ja nein

آیا تابحال تحت معاینه پزشک متخصص امراض عمومی بوده اید؟  
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

اگر بله نزد کدام پزشک بودید؟  
Wenn ja, bei welchem Arzt?

.....از تاریخ.....  
seit

چه دارو هائی را در حال حاضر بصورت دائمی یا دوره ای مصرف میکنید  
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

.....از تاریخ.....

.....از تاریخ.....

.....امضاء.....  
den

.....محل.....  
Unterschrift:

12. (romani)

## Pucibe ko Pazienti

### Patientenerhebungsbogen

**Familiakoro Anaw:** \_\_\_\_\_  
 Familienname: \_\_\_\_\_  
**Bijando diwe:** \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
**Bijando tan:** \_\_\_\_\_  
 Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_  
**Koja Shib djaneja:** \_\_\_\_\_  
 Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

**Anaw:** \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
**Drzawlanstwo:** \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Samo aso Maloletna Maksimija: E shaworengere Roditelija

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

**Familiakoro Anaw:** \_\_\_\_\_  
 Familienname: \_\_\_\_\_  
**Bjando diwe:** \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anaw:** \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
**Drzawnanstwo:** \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Kontaktija

Kontaktdaten

**Telefon-/ Handy broj:** \_\_\_\_\_  
 Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**Adresa ko Momenti:** \_\_\_\_\_  
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

**Telefon broj e Tumacesoro:** \_\_\_\_\_  
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

### Samolinaja tumen te odgworinan akawa Pucibe so shaj po tacno ! Tumare odgworija i tale kotar o Doktor zakonski sastitime hem na isminena te den pe jawerende. Tumaro Doktor na isminela te del akala odgworija jawerenge te diken ja te citinen.

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.

**Srze/ naswalipe kotar so pirela o Rat**  da  na  
 Herz-/Kreislauferkrankung ja nein

**Dali dobineja Zrnija ko Rat**  da  na  
 Blutgerinnungsstörungen

**Napad (Epilepsija)**  da  na  
 Anfallsleiden (Epilepsi)

**Asma/Naswalipe ko Kolin**  da  na  
 Asthma/Lungenerkrankungen

**Pereja ko Neswes**  da  na  
 Ohnmachtsanfälle

**Diabetes/Shekeri**  da  na  
 Diabetes/Zuckerkrankheit

**Naswalike ki Slezanka/Zutica**  da  na  
 Lebererkrankung/Hepatitis

**Naswalipe ko Bubrekiya**  da  na  
 Nierenerkrankungen

**Reuma/Atritis**  da  na  
 Rheuma/Arthritis

**Naswalipe ki Gusha**  da  na  
 Schilddrüsenerkrankung

**Tuberkoloza**  da  na  
 Tuberkulose

**HIV-Infekzija/Sida**  da  na  
 HIV-Infektion/Stadium AIDS

**Zarazno bolest (primer MRSA)**  da  na  
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

**Drogirashi**  da  na  
 Drogenabhängigkeit

**Pushaci**  da  na  
 Raucher

**Inan Kamni ?**  da  na  
 Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

**Ako da, sawo Masek ?** .....Masek  
 Wenn ja, in welchem Monat? Monat

**Jos jawera Bolestija:**  da  na  
 Sonstige Erkrankungen: .....

.....

.....

.....

**Alergije ili. Na Podnesineja:**  
 Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

**Lupiwka jeke taneste/Inekzija**  da  na  
 Lokalanästhesie/Spritzen

**Penizilin/Antibiotika**  da  na  
 Antibiotika

**Dukengere Hapija**  da  na  
 Schmerzmittel

**Jawera:** .....  
 Andere: .....

**Kergape ki Tute Rengelsko Slike ki ti Wiliza ??**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da  na  
ja nein

Ako da, keda? .....

Wenn ja, wann?

**Dali paro tuke te Camkere so falini tuke Danda?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da  na

**Inanle li ko Opsto Doktor?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da  na

Ako da, sawe Doktoreste? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Same Tablete/Hapija upotrebineja redowno ili ko Momenti?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od .....  
seit

..... od .....

..... od.....

....., diwe .....  
, den

Potpis: .....  
Unterschrift:

# Formular za pacijente

## Patientenerhebungsbogen

**Prezime:** \_\_\_\_\_ **Ime:** \_\_\_\_\_  
Familiename: Vorname  
**Datum rođenja:** \_\_\_\_\_ **Državljanstvo:** \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:  
**Država/mesto rođenja:** \_\_\_\_\_  
Herkunftsland/-ort:  
**Poznavanje jezika:** \_\_\_\_\_  
Sprachkenntnisse:

### Samo kod maloletnika: Staratelj

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

**Prezime:** \_\_\_\_\_ **Ime:** \_\_\_\_\_  
Familiename: Vorname:  
**Datum rođenja:** \_\_\_\_\_ **Državljanstvo:** \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

### Kontaktni podaci

Kontaktdaten

**Broj telefona/mobilnog telefona:** \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer:  
**E-pošta:** \_\_\_\_\_  
E-Mail  
**Sadašnja adresa (ul./ kuć. br. / mesto):** \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):  
**Tel. br. prevodioca/tumača:** \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

### Na sledeća pitanja o vašem zdravstvenom stanju odgovorite što tačnije! Kod podataka se primenjuju lekarska tajna i odredbe zaštite podataka i s njima se postupa strogo poverljivo.

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.

<b>Bolest kardiovaskularnog sistema</b> <small>Herz-/Kreislaufkrankung</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <small>ja nein</small>	<b>Jeste li možda trudni?</b> <small>Besteht eine Schwangerschaft?</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <small>ja nein</small>
<b>Poremećaji zgrušavanja krvi</b> <small>Blutgerinnungsstörungen</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Ako da, u kom mesecu?</b> <small>Wenn ja, in welchem Monat?</small>	.....mesec <small>Monat</small>
<b>Napadi (epilepsija)</b> <small>Anfallsleiden (Epilepsi)</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Ostale bolesti:</b> <small>Sonstige Erkrankungen</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
<b>Astma/plućne bolesti</b> <small>Asthma/Lungenerkrankungen</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	.....	
<b>Napadi nesvestice</b> <small>Ohnmachtsanfälle</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	.....	
<b>Dijabetes/šećerna bolest</b> <small>Diabetes/Zuckerkrankheit</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	.....	
<b>Bolesti jetre/hepatitis</b> <small>Lebererkrankung/Hepatitis</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	.....	
<b>Bolesti bubrega</b> <small>Nierenerkrankungen</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	.....	
<b>Reuma/artritis</b> <small>Rheuma/Arthritis</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	.....	
<b>Bolesti štitnjače</b> <small>Schilddrüsenerkrankung</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Alergije, odnosno intolerancije:</b> <small>Allergien bzw. Unverträglichkeiten:</small>	
<b>Tuberkuloza</b> <small>Tuberkulose</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Lokalna anestezija/injekcije</b> <small>Lokalanästhesie/Spritzen</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
<b>Infekcija HIV-om/stadijum AIDS-a</b> <small>HIV-Infektion/Stadium AIDS</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Antibiotik</b> <small>Antibiotika</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
<b>Zarazna bolest (npr. MRSA)</b> <small>Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Sredstva protiv bolova</b> <small>Schmerzmittel</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
<b>Zavisnost od droge</b> <small>Drogenabhängigkeit</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Ostalo:</b> .....	
<b>Pušač</b> <small>Raucher</small>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<small>Andere:</small>	

**Jeste li već radili stomatološke rendgenske snimke?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da  ne  
ja nein

Ako da, kada? .....

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća kada jedete hranu zato što vam nedostaju zubi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da  ne

**Jeste li već bili kod lečnika opšte prakse?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da  ne

Ako da, kod kog lečnika? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Koje lekove uzimate redovno, odnosno u momentu?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od .....

seit

..... od .....

..... od .....

....., dana .....

, den

Potpis: .....

Unterschrift:

14. (türkisch)

## Hasta Soru Formu Patientenerhebungsbogen

Soyadı: Familiename:	_____	Adı: Vorname:	_____
Doğum tarihi: Geburtsdatum:	_____	Uyruğu: Staatsangehörigkeit:	_____
Hangi ülkeden/şehirden geldiği: Herkunftsland/-ort:	_____		
Dil bilgisi: Sprachkenntnisse:	_____		

### Yalnızca reşit olmayanlar için: Velisi:

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Soyadı: Familiename:	_____	Adı: Vorname:	_____
Doğum tarihi: Geburtsdatum:	_____	Uyruğu: Staatsangehörigkeit:	_____

### İletişim bilgileri:

Kontaktdaten

Telefon no./cep telefon no.: Telefon-/Handynummer:	_____
E-posta: E-mail:	_____
Şu anki adresi (sokak/ev no./şehir): Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):	_____
Tel. no. mütercim/tercüman: Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:	_____

**Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları mümkün oldukça tam olarak yanıtlayın!** Bilgiler tıbbi gizli tutma yükümlülüğüne ve veri koruma hükümlerine tabidir ve sıkı bir şekilde gizli tutulmaktadır.

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.

Kalp/dolaşım hastalığı Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> evet ja	<input type="checkbox"/> hayır nein	<b>Hamilelik mevcut mu?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> evet ja	<input type="checkbox"/> hayır nein
Kan pıhtılaşma bozuklukları Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	Evet ise, kaçınıcı ay? Wenn ja, in welchem Monat?	..... ay Monat	
Nöbet hastalığı (epilepsi) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	<b>Diğer hastalıklar:</b> Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır
Astım/akciğer hastalıkları Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	.....		
Bayılma nöbetleri Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	.....		
Diyabet/şeker hastalığı Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	.....		
Karaciğer hastalığı/hepatit Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	.....		
Böbrek hastalıkları Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	.....		
Romatizma/artrit Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	.....		
Tiroid bezi hastalığı Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	<b>Alerji veya hassasiyet:</b> Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Tüberküloz Tuberkulose	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	Lokal anestezi/iğne Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır
HIV enfeksiyonu/evre AIDS HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	Antibiyotik Antibiotika	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır
Enfeksiyon hastalıkları (örn. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	Ağrı kesici Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır
Madde bağımlılığı Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır	Diğer: ..... Andere:		
Sigara Raucher	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayır			



**Sizde daha önce diş hekimi tarafından röntgen filmi çekildi mi?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

evet  hayır  
ja nein

Evet ise, ne zaman? .....

Wenn ja, wann?

**Dişlerin eksik olmasından dolayı çiğnerken zorluk çekiyor musunuz?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

evet  hayır

**Daha önce genel tıp uzmanına gittiniz mi?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

evet  hayır

Evet ise, hangi doktora? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Hangi ilaçları düzenli bir şekilde veya şu ara alıyorsunuz? .....** beri

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

..... beri

..... beri

....., Tarih: .....

, den

İmza:.....

Unterschrift:

15. (usbekisch)

## Bemor so'rovnomasi

### Patientenerhebungsbogen

<b>Familiyasi:</b> Familiennamen:	_____	<b>Ismi:</b> Vorname:	_____
<b>Tug'ilgan sanasi:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Fuqaroligi:</b> Staatsangehörigkeit:	_____
<b>Qaysi davlat va joydan kelgan:</b> Herkunftsland/-ort:	_____		
<b>Til bilimlari:</b> Sprachkenntnisse:	_____		

#### Faqat voyaga yetmaganlar uchun: Vasiy

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

<b>Familiyasi:</b> Familiennamen:	_____	<b>Ismi:</b> Vorname:	_____
<b>Tug'ilgan sanasi:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Fuqaroligi:</b> Staatsangehörigkeit:	_____

#### Aloqa uchun ma'lumotlar

Kontaktdaten

**Uy yoki qo'l telefoni raqami:** \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer:

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Hozirda turar joyi**  
(ko'cha / uy raqami / shahar): \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

**Tarjimonning telefon raqami:** \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

**Sog'ligingiz borasida berilayotgan quyidagi savollarga iloji boricha aniq javob bering!** Siz berayotgan ma'lumotlar doktorlik siri va ma'lumotlar himoyasi qonun-qoidalariga muvofiq himoyalangani va qat'iy sir saqlanadi.

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.

<b>Yurak yoki qon aylanishi</b> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ha ja	<input type="checkbox"/> yo'q nein
<b>Qon quyulishining qiyinlashuvi</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Tutqanoq (epilepsiya)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Astma / o'pka kasalliklari</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Hushidan ketish</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Diabet / qand kasalligi</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Jigar kasalliklari / gepatit</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Buyrak kasalliklari</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Revmatizm (bod) / artrit</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Qalqonsimon bez kasalligi</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Sil kasalligi (tuberkulyoz)</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>OIV infeksiyasi / OIDS bosqichi</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Yuqumli kasalliklar</b> (masalan MRSA, metitsillina chidamli stafilokokklar) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Giyohvand moddalar iste'moli</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q
<b>Chekish</b> Raucher	<input type="checkbox"/> ha	<input type="checkbox"/> yo'q

**Siz homiladormisiz?**  ha  yo'q  
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

**Agar ha bo'lsa, nechanchi oyda?** ..... oy  
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

**Boshqa kasalliklar:**  ha  yo'q  
Sonstige Erkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Allergiyalar yoki dorilarni bir biriga mos kelmasligi:**  
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

**Qisman anesteziya / shprits**  ha  yo'q  
Lokalanästhesie/Spritzen

**Antibiotiklar**  ha  yo'q  
Antibiotika

**Og'riqni qoldiruvchi vosita**  ha  yo'q  
Schmerzmittel

**Boshqa:** .....  
Andere:

**Tish doktori muolajasi paytida rentgenga tushganmisiz?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ha  yo'q  
ja nein

Agar ha bo'lsa, qachon? .....

Wenn ja, wann?

**Tishlaringiz yo'qligi sababli chaynashga qiynalasizmi?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

ha  yo'q

**Umumiy amaliyot shifokoriga bordingizmi?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

ha  yo'q

Agar ha bo'lsa, qaysi doktorga? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Qaysi dorilarni muntazam yoki hozirda ichasiz (ishlatasiz)?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... dan beri .....  
seit

..... dan beri .....

..... dan beri .....

..... , .....

(joy va sana)

, den

Imzo: .....

Unterschrift: