Fragebogen zur Notfallbehandlung bei Sprachbarriere

Datum: _____

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Wo haben Sie Schmerzen? ☐ Oberkiefer ☐ rechts ☐ links ☐ vorne ☐ hinten
☐ Unterkiefer ☐ rechts ☐ links ☐ vorne ☐ hinten

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? ☐ 1 Tag ☐ 2 Tage ☐ 3 Tage ☐ mehr als 3 Tage

Wie stark sind Ihre Schmerzen? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
(1= schwach, 10 = nicht mehr auszuhalten)

Beschreiben Sie den Schmerz: ☐ dumpf ☐ stechend ☐ klopfend ☐ zeitweise ☐ ununterbrochen

Haben Sie eine „dicke Backe“ (Abszess, Eiteransammlung)? ☐ ja ☐ nein

Seit wann haben Sie eine „dicke Backe“? ☐ 1 Tag ☐ 2 Tage ☐ 3 Tage ☐ mehr als 3 Tage

Nehmen Sie Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie die Medikamente dabei? ☐ ja ☐ nein

Schmerztabletten? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche: _____
Antibiotika? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche: _____
Blutverdünner? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche: _____

Notwendige Maßnahmen

Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen:

Folgende Maßnahmen möchte ich bei Ihnen durchführen:

Anfertigung einer Röntgenaufnahme ☐
Zahn muss gezogen werden ☐
Zahn benötigt eine Füllung ☐
Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung ☐
Betäubungsspritze für den Zahn ☐
Abszess muss aufgeschnitten werden ☐

_____

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

Unterschrift Patient: _____

Praxisstempel

Ein weiterer ☐ Behandlungstermin/ ☐ Kontrolltermin ist nötig.
Bitte kommen Sie am _____ um _____ Uhr erneut in die Praxis.

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

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

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