

Anamnese-/Patientenbogen **Polnisch**

Familienname/**Nazwisko**: _____ Vorname/**Imię**: _____

Geburtsdatum/**data urodzenia**: _____ Staatsangehörigkeit/**narodowość**: _____

Geburtsland und -ort/ **Kraj urodzenia i miejsce**: _____

Sprachkenntnisse/**znajomość języków obcych**: _____

Bei Minderjährigen/ dla niepełnoletnich:

Familienname Vater/**Nazwisko Ojca**: _____

Vorname Vater/**Imię Ojca**: _____

Geburtsdatum Vater/**data urodzenia Ojca**: _____ Staatsangehörigkeit/ **narodowość**: _____

Geburtsland und -ort Vater/**Kraj urodzenia i miejsce Ojca**: _____

Familienname Mutter/**nazwisko Matki**: _____

Vorname Mutter/ **Imię Matki**: _____

Geburtsdatum Mutter/ **data urodzenia Matki**: _____ Staatsangehörigkeit/ **narodowość**: _____

Geburtsland und -ort Mutter/ **Kraj urodzenia i miejsce Matki**: _____

Telefon/**telefon**: _____ Straße/**ulica**: _____

PLZ/**Kod pocztowy**: _____ Wohnort/**miejsce zamieszkania**: _____

Hat oder hatte der Patient Allergien/ **Ma lub miał pacjent alergię**: _____

Diabetes/**cukrzyca**: _____ Schilddrüsenerkrankung/**choroby tarczycy**: _____

Infektionskrankheiten/ **choroby zakaźne (AIDS, żółtaczka zakaźna, gruźlica...)**: _____

Blutgerinnungsstörungen/**Zaburzenia krzepnięcia krwi**: _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen/**choroba serca lub układu krążenia**: _____

Nierenerkrankungen/**choroba nerek**: _____

Asthma/**astma**: _____ Schlaganfall/**wylew krwi do mózgu**: _____

Tumor, Krebs/**guz, rak**: _____

Anfallsleiden/**padaczka**: _____ Besteht eine Schwangerschaft/**jest Pani w ciąży**: _____

Magen-/Darmerkrankung/**choroba jelit lub żołątkowa**: _____

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/**ma Pan/Pani inne choroby**: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/**bierze Pan/Pani lekarstwa (jakie?)**: _____

Fragen an den Patienten:

1. Wo haben Sie Schmerzen? **Gdzie ma Pan/Pani bóle?**
2. Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? **Jak długo Pan/Pani ma już ten ból?**
3. Wann haben die Schmerzen begonnen? **Kiedy zaczął się ból?**
4. Wie stark sind Ihre Schmerzen (Skala 1 – 10)? **Okreś od skali 1-10 jaki wielki jest ból (1=bardzo mały - 10=bardzo duży)**
5. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? **Jakie lekarstwa bierze Pan/Pani?**
6. Welche Krankheiten sind bei Ihnen bereits festgestellt worden? **Jakie zostały znalezione u Pani/Pana aktualne choroby?**
7. Der Zahn muss gezogen/entfernt werden. **Ząb musi być usunięty/wyrwany.**
8. Der Zahn benötigt eine Füllung. **Ząb musi być zaplombowany.**
9. Der Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung. **Ząb musi być leczony kanałowo.**
10. Ich brauche eine Röntgenaufnahme. **Poczebuje Pan/Pani zdjęcie rentgenowskie.**
11. Sie bekommen eine Betäubungsspritze für den Zahn. **Dostanie Pan/Pani teraz zaszczki znieczulający.**
12. Sind Sie mit der Entfernung des Zahns einverstanden? **Zgadza sie Pan/Pani na usunięcie zęba?**
13. Wünschen Sie eine kostenlose Spritze? **Czy chce Pan/Pani zaszczki znieczulający (jest zadarmo)?**