

Patientenerhebungsbogen (griechisch)
Ερωτηματολόγιο ασθενούς

Patientenkontakt Daten	Στοιχεία επικοινωνίας ασθενούς	
Familienname:	Επώνυμο:	
Vorname:	Όνομα:	
Straße/Hausnummer:	Διεύθυνση:	
PLZ/Wohnort:	Διεύθυνση:	
Geburtsdatum:	Ημ. Γέννησης:	
Versichertenstatus:	Κατηγορία στην οποία ανήκει το ασφαλισμένο άτομο:	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	Τα επτά ακόλουθα στοιχεία είναι προαιρετικά!	
Telefonnummer (privat):	Τηλέφωνο (ιδιωτ.):	
Telefonnummer (mobil):	Τηλέφωνο (κιν.):	
E-Mail:	Email:	
Beruf:	Επάγγελμα:	
Hausarzt/Name:	Οικογενειακός γιατρός / Όνομα:	
Hausarzt/Telefonnummer:	Οικογενειακός γιατρός / Διεύθυνση:	
Hausarzt/Anschrift:	Οικογενειακός γιατρός / Τηλέφωνο:	

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.

Παρακαλούμε να απαντήσετε όσο το δυνατόν ακριβέστερα στις ακόλουθες ερωτήσεις! Τα στοιχεία υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο και στις διατάξεις προστασίας προσωπικών δεδομένων και ο χειρισμός τους γίνεται απόλυτα εμπιστευτικά.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Καρδιακές παθήσεις/παθήσεις κυκλοφορικού		
Hoher Blutdruck:	Υψηλή πίεση	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Niedriger Blutdruck:	Χαμηλή πίεση	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Herzklappenfehler:	Βαλβιδοπάθεια	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Herzklappenersatz:	Αντικατάσταση βαλβίδας	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Herzschrittmacher:	Βηματοδότης	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Endokarditis:	Ενδοκαρδίτιδα	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Herzoperation:	Εγχείρηση καρδιάς	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Immunsupprimierte Patienten	Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς		
Hochgradige Neutropenie:	Βαριά ουδετεροπενία	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Mukoviszidose-Erkrankung:	Κυστική ίνωση	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Organtransplantiert:	Μεταμόσχευση οργάνου	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Stammzellentransplantiert:	Μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Infektiöse Erkrankungen	Μολυσματικές νόσοι		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	Μόλυνση από ιό HIV/στάδιο AIDS	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Lebererkrankung/Hepatitis:	Παθήσεις ήπατος/ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Tuberkulose:	Φυματίωση	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
MRSA:	Άλλες μολυσματικές ασθένειες	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	Νόσος Creutzfeld-Jakob (CJK)/Νέα παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob (vCJK)	<input type="checkbox"/> ja/vai	<input type="checkbox"/> nein/όχι

Sonstige Krankheitsbilder		Άλλες παθήσεις	
Anfallsleiden (Epilepsie):	Κρίσεις (επιληψία)	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Asthma/Lungenerkrankung:	Άσθμα / πνευμονολογικές παθήσεις	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Blutgerinnungsstörungen:	Διαταραχές πήξης αίματος	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Σάκχαρο/σακχαρώδης διαβήτης	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Drogenabhängigkeit:	Εξάρτηση από ναρκωτικά	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Nervenerkrankung:	Νευρολογικές παθήσεις	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Nierenerkrankungen:	Νεφρολογικές παθήσεις	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Ohnmachtsanfälle:	Κρίσεις λιποθυμίας	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Osteoporose Erkrankung:	Οστεοπόρωση	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Raucher:	Καπνιστής	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Rheuma/Arthritis:	Ρευματισμοί/αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Schilddrüsenerkrankung:	Πάθηση θυρεοειδούς	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Sonstige Erkrankungen:	Άλλες παθήσεις		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		Αλλεργίες ή δυσανεξίες	
Lokalanästhesie/Spritzen:	Τοπική νάρκωση/ενέσεις	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Antibiotika:	Αντιβιοτικά	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Schmerzmittel:	Παυσίπωνα	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Metalle/welche:	Μέταλλα:		
Schwangerschaft		Εγκυμοσύνη	
Besteht eine Schwangerschaft?	Υφίσταται εγκυμοσύνη;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Wenn ja, in welchem Monat?	Εάν ναι, σε ποιόν μήνα;	Monat: Mjesecc:	
Röntgen		Ακτινογραφίες	
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Έχετε κάνει ποτέ οδοντιατρικές ακτινογραφίες;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
Wenn ja, wann?	Εάν ναι, πότε;	Monat/Jahr: Mjesecc/godina:	
Einnahme von Medikamenten		Λήψη φαρμάκων	
Welche Medikamente:	Ποια φάρμακα	seit/από:	
Weitere Medikamente:	Άλλα φάρμακα	seit/από:	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Παίρνετε διφωσφονικά;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
		seit/από:	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Υποβάλλεστε σε χημειοθεραπεία;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
		seit/από:	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Υποβάλλεστε σε ακτινοβολίες λόγω καρκίνου;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
		seit/από:	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Παίρνετε στεροειδή / ανοσοκατασταλτικά σε υψηλή δοσολογία;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
		seit/από:	
Datum/Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Έχετε υποβληθεί σε μεγάλες εγχειρήσεις στο νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/> ja/ναι	<input type="checkbox"/> nein/όχι
		Datum/Ημερομηνία:	

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Είμαι σύμφωνος/-η με τη λήψη πληροφοριών από εταιρείες πιστωτικής προστασίας ή γραφεία πιστοληπτικής αξιολόγησης σχετικά με τη δανειοληπτική ικανότητά μου σε περίπτωση εκτενών οδοντιατρικών ή οδοντοτεχνικών εργασιών, για τις οποίες ο/η οδοντογιατρός μου πρέπει να προκαταβάλει ορισμένα ποσά στον οδοντοτεχνίτη.

ja/vαι

nein/όχι

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Συμφωνώ με την ηλεκτρονική αποθήκευση, επεξεργασία και χρήση των στοιχείων μου για καταχώρησή τους στο σύστημα Recall-System.

ja/vαι

nein/όχι

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Υποχρεούμαι σε άμεση ενημέρωση σε περίπτωση μεταβολών καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Πέραν τούτου υποχρεούμαι να τηρώ τις συμφωνηθείσες ημερομηνίες θεραπείας ή να ακυρώνω ραντεβού σε περίπτωση κωλύματος τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα. Γνωρίζω πως τα ραντεβού που δεν ακυρώθηκαν ή δεν ακυρώθηκαν εγκαίρως ενδέχεται να χρεωθούν.

..... , den

Unterschrift:

..... ,

Υπογραφή:.....