

Patientenerhebungsbogen (italienisch)
Questionario per il paziente

Patientenkontakt Daten	Dati di contatto del paziente	
Familienname:	Cognome:	
Vorname:	nome:	
Straße/Hausnummer:	indirizzo:	
PLZ/Wohnort:	indirizzo:	
Geburtsdatum:	nato/a il:	
Versichertenstatus:	Stato dell'assicurato	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	Il sette dati seguenti sono facoltativi:	
Telefonnummer (privat):	Telefono (privato):	
Telefonnummer (mobil):	Telefono (cellulare)	
E-Mail:	Email:	
Beruf:	Professione:	
Hausarzt/Name:	Medico di famiglia nome:	
Hausarzt/Telefonnummer:	Medico di famiglia telefono:	
Hausarzt/Anschrift:	Medico di famiglia indirizzo:	

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!

La preghiamo di rispondere il più esattamente possibile alle seguenti domande sul Suo stato di salute! Le indicazioni sono soggette al segreto professionale del medico e alle disposizioni di legge sulla protezione dei dati e vengono trattate con la massima riservatezza!

Herz-/Kreislaufkrankungen	Malattie cardiovascolari		
Hoher Blutdruck:	Pressione sanguigna alta:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Niedriger Blutdruck:	Pressione sanguigna bassa:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzklappenfehler:	Vizio valvolare:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzklappenersatz:	Sostituzione valvola cardiaca:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzschrittmacher:	Pacemaker:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Endokarditis:	Endocardite:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzoperation:	Operazione cardiaca:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Immunsupprimierte Patienten	Pazienti immunodepressi		
Hochgradige Neutropenie:	Neutropenia acuta:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Mukoviszidose-Erkrankung:	Mucoviscidosi:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Organtransplantiert:	Sottoposto a trapianto di organi:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Stammzellentransplantiert:	Cellule staminali:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Infektiöse Erkrankungen	Malattie infettive:		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	Infezione HIV/Stadio AIDS	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Lebererkrankung/Hepatitis:	Patologia epatica/Epatite	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Tuberkulose:	Tubercolosi	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Infektionskrankheiten (MRSA:	Altre malattie infettive	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	Malattia di Creutzfeldt-Jacob (MCJ)/Nuova variante della malattia di Creutzfeldt-Jacob (vCJK):	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no

Sonstige Erkrankungen		Altre malattie	
Anfallsleiden (Epilepsie):	Epilessia:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Asthma/Lungenerkrankung:	Asma/Malattie polmonari:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Blutgerinnungsstörungen:	Disturbi della coagulazione del sangue:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Diabete:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Drogenabhängigkeit:	Tossicodipendenza:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Nervenerkrankung:	Neuropatia:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Nierenerkrankungen:	Nefropatia:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Ohnmachtsanfälle:	Svenimenti:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Osteoporose Erkrankung:	Osteoporosi:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Raucher:	Fumatore/trice:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Rheuma/Arthritis:	Reumatismi/Artrite:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Schilddrüsenerkrankung:	Malattia della tiroide:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Sonstige Erkrankungen:	Altre malattie:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		Allergie o intolleranze	
Lokalanästhesie/Spritzen:	Anestesia locale/Iniezioni:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Antibiotika:	Antibiotici:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Schmerzmittel:	Analgesici:	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Metalle/welche:	Metalli:		
Schwangerschaft		Gravidanza	
Besteht eine Schwangerschaft?	E' in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Wenn ja, in welchem Monat?	Se sì, in quale mese?	Monat: Mese:	
Röntgen		Radiografie	
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	E' già stato/a (sottoposto/a) a radiografie dentistiche?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Wenn ja, wann?	Se sì, quando?	Monat/Jahr: Mese/anno:	
Einnahme von Medikamenten		Assunzione di farmaci	
Welche Medikamente:	Quali farmaci:	seit/da:	
Weitere Medikamente:	Altri farmaci:	seit/da:	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Assume bisfosfonati?	<input type="checkbox"/> ja/si:	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/da:	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Si sottopone a chemioterapia medica?	<input type="checkbox"/> ja/si:	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/da:	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	E' in radioterapia perché ammalato/a di cancro?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/da:	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Assume forte dosi di steroidi / immunosoppressivi?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/da:	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Ha subito operazioni importanti in ospedale?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		Datum/data:	

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.

Approvo che, in caso di prestazioni odontoiatriche od odontotecniche di vasta portata, per le quali il/la mio/a dentista debba versare un anticipo finanziario all'odontotecnico, verranno eventualmente acquisite informazioni sulla mia solvibilità presso un ente finalizzato alla tutela del credito o presso un'agenzia di informazioni.

ja/si

nein/no

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

Mi dichiaro d'accordo con la memorizzazione, l'elaborazione e l'uso elettronico dei miei dati per l'inserimento nel sistema recall.

ja/si

nein/no

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.

Mi impegno a comunicare immediatamente tutti i cambiamenti che si verificassero durante l'intero periodo terapeutico.

Mi impegno inoltre a rispettare gli appuntamenti per la terapia concordati oppure a disdirli con un preavviso di almeno 24 ore. Sono a conoscenza che gli appuntamenti non disdetti o non disdetti per tempo possono essermi addebitati in fattura.

..... , den

Unterschrift:

..... , li

Firma: