

Patientenerhebungsbogen (Spanisch)
Formulario para pacientes

Patientenkontakt Daten	Datos de contacto del paciente	
Familienname:	Apellido	
Vorname:	Nombre	
Straße/Hausnummer:	Dirección	
PLZ/Wohnort:	Dirección	
Geburtsdatum:	Nacido el	
Versichertenstatus:	Situación del asegurado	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	Los siguientes siete datos de contacto son optativos	
Telefonnummer (privat):	Teléfono (privado)	
Telefonnummer (mobil):	Teléfono (móvil)	
E-Mail:	Email	
Beruf:	Profesión	
Hausarzt/Name:	Médico de cabecera: Apellido	
Hausarzt/Telefonnummer:	Médico de cabecera: Teléfono	
Hausarzt/Anschrift:	Médico de cabecera: Dirección	

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.

¡Rogamos conteste lo más exactamente posible a las siguientes preguntas relativas a su estado de salud! Las especificaciones están sometidas al secreto médico y a las disposiciones de la protección de datos y serán tratadas absolutamente confidenciales.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Enfermedades cardiocirculatorias		
Hoher Blutdruck:	Alta tensión	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Niedriger Blutdruck:	Baja tensión	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzklappenfehler:	Defecto valvular	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzklappenersatz:	Válvula cardiaca artificial	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzschrittmacher:	Marcapasos	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Endokarditis:	Endocarditis	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Herzoperation:	Operación del corazón	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Immunsupprimierte Patienten	Pacientes inmunodeprimidos		
Hochgradige Neutropenie:	Neutropenia de alto grado	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Mukoviszidose-Erkrankung:	Mucoviscidosis	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Organtransplantiert:	Órganos trasplantados	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Stammzellentransplantiert:	Células germinales trasplantadas	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Infektiöse Erkrankungen	Enfermedades infecciosas		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	Infección por VIH/Estado SIDA	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Lebererkrankung/Hepatitis:	Enfermedades hígado/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Tuberkulose:	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
MRSA:	MRSA	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)/ Nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJv)	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no

Sonstige Krankheitsbilder	Otras enfermedades		
Anfallsleiden (Epilepsie):	Ataques (epilepsia)	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Asthma/Lungenerkrankung:	Asma/Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Blutgerinnungsstörungen:	Defectos de la coagulación sanguínea	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Drogenabhängigkeit:	Drogadicción	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Nervenerkrankung:	Enfermedad nerviosa	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Nierenerkrankungen:	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Ohnmachtsanfälle:	Desmayos	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Osteoporose Erkrankung:	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Raucher:	Fumador	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Rheuma/Arthritis:	Reuma/Artritis	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Schilddrüsenerkrankung:	Enfermedad de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Sonstige Erkrankungen:	Otras enfermedades:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Alergias o intolerancias		
Lokalanästhesie/Spritzen:	Anestesia local/Inyecciones	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Antibiotika:	Antibióticos	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Schmerzmittel:	Analgésicos	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Metalle/welche:	Metales:		
Schwangerschaft	Embarazo		
Besteht eine Schwangerschaft?	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
Wenn ja, in welchem Monat?	Si es así, ¿de qué mes?	Monat: Mes	
Röntgen	Radiografía		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	¿Se le han hecho ya radiografías adicionales de los dientes?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> no/nein
Wenn ja, wann?	Si es así, ¿cuándo?	Monat/Jahr: Mes/año	
Einnahme von Medikamenten	Toma de medicamentos		
Welche Medikamente:	¿Qué medicinas:	seit/desde	
Weitere Medikamente:	Otras medicinas:	seit/desde	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	¿Toma bisfosfonatos?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/desde	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	¿Realiza una quimioterapia medicamentosa?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/desde	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	¿Realiza una radioterapia porque padece de cáncer?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/desde	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	¿Toma esteroides de alta dosificación/Inmunosupresores?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		seit/desde	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	¿Se le han hecho operaciones mayores en el hospital?	<input type="checkbox"/> ja/si	<input type="checkbox"/> nein/no
		Datum/Fecha	

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.

Estoy de acuerdo que para las prestaciones odontológicas o protésicas que mi odontólogo/odontóloga tenga que abonar por anticipado se consulte a una institución protectora de créditos o a una agencia de informes sobre la solvencia, en caso de que fuere necesario.

ja/si

nein/no

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

Declaro estar de acuerdo con que se almacenen, procesen y aprovechen mis datos para ser incluidos en el 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.

Me obligo a comunicar de inmediato todos los cambios que tengan lugar durante todo el período terapéutico. Me obligo igualmente a observar las fechas del tratamiento acordadas o bien a anular la fecha acordada como mínimo 24 horas antes. Sé que si no anulo o bien no anuló a tiempo las fechas acordadas, se me pondrán poner en factura.

..... , den

Unterschrift:

..... , a

Firma: