



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
 Antibiotika? ja nein
 Blutverdünner? ja nein

Wenn ja, welche: _____
 Wenn ja, welche: _____
 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: _____



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.

Praxisstempel