

# Anamnese-/Patientenbogen **Englisch**

Familienname/**surname**: \_\_\_\_\_ Vorname/**first name**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/**date of birth**: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit/**nationality**: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort/**Country and city of birth**: \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse/**spoken languages**: \_\_\_\_\_

## **Bei Minderjährigen/under age persons:**

Familienname Vater/**surname father**: \_\_\_\_\_

Vorname Vater/**first name of father**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Vater/**date of birth father**: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit/**nationality**: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Vater/**country and city of birth father**: \_\_\_\_\_

Familienname Mutter/**surname mother**: \_\_\_\_\_

Vorname Mutter/**first name mother**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Mutter/**date of birth mother**: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit/**nationality**: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Mutter/ **country and city of birth mother**: \_\_\_\_\_

Telefon/**phone**: \_\_\_\_\_ Straße/**street**: \_\_\_\_\_

PLZ/**post code**: \_\_\_\_\_ Wohnort/**residence**: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient/**The patient has or has had:**

Allergien/**allergies to (which substances)** : \_\_\_\_\_

Diabetes/**diabetes**: \_\_\_\_\_ Schilddrüsenerkrankung/**disease of the thyroid gland**: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten/**do you have infectious diseases (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis....)**: \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen/**bleeding disorder**: \_\_\_\_\_

Herz- oder Kreislauferkrankungen/**heart disease, circulatory trouble**: \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen/**diseases of the kidney or anomalies**: \_\_\_\_\_

Asthma/**asthma**: \_\_\_\_\_ Schlaganfall/**stroke**: \_\_\_\_\_

Tumor, Krebs/**tumors, cancer**: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden/**epilepsy**: \_\_\_\_\_ Besteht eine Schwangerschaft/**are you pregnant**: \_\_\_\_\_

Magen-/Darmerkrankung/**gastro-intestinal disease**: \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/**do you have any other diseases?**: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/**do you take any medicine regularly (which?)**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fragen an den Patienten (Englisch):

Wo haben Sie Schmerzen? **Where do you feel pain?**

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? **For how many days have you felt pain?**

Wann haben die Schmerzen begonnen? **When did the pain start?**

Wie stark sind Ihre Schmerzen (Skala 1 – 10)? **How bad is the pain (1= very small – 10=worst I can imagine.)**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? **What kind of medicine do you take regularly?**

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bereits festgestellt worden? **Which diseases have been diagnosed?**

Der Zahn muss gezogen/entfernt werden. **The tooth has to be pulled out (removed)?**

Der Zahn benötigt eine Füllung. **The tooth needs a filling.**

Der Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung. **The tooth needs a root canal treatment.**

Ich brauche eine Röntgenaufnahme. **I need an x-ray.**

Sie bekommen eine Betäubungsspritze für den Zahn. **I will give you a local anaesthesia for the tooth.**

Sind Sie mit der Entfernung des Zahns einverstanden? **Do you accept that the tooth is pulled out?**