

Anamnèse/Feuille pour le patient

Familiennamenom de famille: _____ Vorname/prénom: _____

Geburtsdatum/date de naissance: _____ Staatsangehörigkeit/nationalité: _____

Geburtsland und -ort/pays et lieu de naissance: _____

Sprachkenntnisse/connaissance de langues: _____

Bei Minderjährigen/Pour des mineurs:

Familiennamen Vater/nom de famille du père: _____

Vorname Vater/prénom du père: _____

Geburtsdatum Vater/date de naissance du père: _____

Staatsangehörigkeit/nationalité du père: _____

Geburtsland und -ort Vater/pays et lieu de naissance du père: _____

Familiennamen Mutter/nom de famille de la mère: _____

Vorname Mutter/prénom de la mère: _____

Geburtsdatum Mutter/date de naissance de la mère: _____

Staatsangehörigkeit/nationalité de la mère: _____

Geburtsland und -ort Mutter/pays et lieu de naissance de la mère: _____

Telefontéléphone: _____ Straße/adresse: _____

PLZ/code postal: _____ Wohnort/résidence: _____

Hat oder hatte der Patient/Le patient a ou a eu:

Allergien/allergies à (quelles substances?): _____

Diabetes/diabète: _____ Schilddrüsenerkrankung/maladie de la glande thyroïde: _____

Infektionskrankheiten/vous avez une maladie infectieuse (hépatite, V.I.H, SIDA, tuberculose...): _____

Blutgerinnungsstörungen/désordre de la coagulation du sang: _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen/maladies cardio-vasculaires: _____

Nierenerkrankungen/maladies des reins: _____

Asthma/asthme: _____ Schlaganfall/attaque d'apoplexie: _____

Tumor, Krebs/tumeur, cancer: _____

Anfallsleiden/épilepsie: _____ Besteht eine Schwangerschaft/vous êtes enceinte?: _____

Magen-/Darmerkrankung/maladies gastro-intestinales: _____

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/Vous avez d'autres maladies quelconques: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/Vous prenez des médicaments régulièrement (lesquels?): _____

Questions pour le patient:

Wo haben Sie Schmerzen? *Où est-ce que vous avez des douleurs?*

Wie viele Tage haben Sie diese Schmerzen schon? *Pour combien de jours est-ce que vous avez déjà ces douleurs?*

Wann haben die Schmerzen begonnen? *Quand est-ce que ces douleurs ont commencé?*

Wie stark sind Ihre Schmerzen (Skala 1 – 10)? *Quelle est l'intensité de vos douleurs? (Échelle de 1 (minime) à 10 (maximal))*

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? *Quels médicaments est-ce que vous prenez régulièrement?*

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bereits festgestellt worden? *Quelles maladies est-ce qu'on a déjà diagnostiqué chez vous?*

Der Zahn muss gezogen/entfernt werden. *Je dois arracher/quitter la dent.*

Der Zahn benötigt eine Füllung. *Il faut un plombage pour la dent.*

Der Zahn benötigt eine Wurzelbehandlung. *Il faut un traitement de la racine de la dent.*

Ich brauche eine Röntgenaufnahme. *Il me faut une radiographie (de la dent.)*

Sie bekommen eine Betäubungsspritze für den Zahn. *Je vous donne de l'anesthésie pour la dent.*

Sind Sie mit der Entfernung des Zahns einverstanden? *Vous êtes d'accord avec l'arrachement de la dent?*