

Herzlich willkommen in unserer Praxis,  
um sie kennenzulernen, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

برای آشنایی با شما به مشخصات زیر نیازمندیم. لطفاً قسمت زیر را تکمیل نمایید.

Patient	بیمار	Name	نام خانوادگی	Vorname	نام کوچک	Geburtsdatum	تاریخ تولد
Versicherter	شخص بیمه شده	Name	نام خانوادگی	Vorname	نام کوچک	Geburtsdatum	تاریخ تولد
Anschrift	آدرس	Straße, Hausnummer	خیابان، پلاک	PLZ, Ort	نام شهر و کد پستی	Telefon	تلفن:
Krankenkasse:		نام شرکت بیمه:					
Beruf:		شغل:	Arbeitgeber:		محل کار:		

Das Gesundheitsreformgesetz verlangt die regelmäßige Kontrolle der Zähne. Wir bieten Ihnen an, Sie im Abstand von 6 Monaten an die Notwendigkeit einer Kontrolluntersuchung zu erinnern. Möchten Sie nach 6 Monaten schriftlich erinnert werden?

برای سلامتی دهان و دندان و بر طبق قوانین بیمه‌های آلمان کنترل مداوم دندانهای شما ضروری است. آیا مایل هستید که ما با فاصله هر ۶ ماه یکبار ضرورت معاینه و کنترل دندانهای شما را به شما یادآوری نمایم؟

ja آری    nein نه

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Auskunft:

برای جلوگیری از مشکلات غیرمنتظره به هنگام درمان شما به اطلاعات زیر نیازمندیم:

Waren Sie in den letzten 2 Jahren ernsthaft erkrankt? آیا در دو سال اخیر به بیماری وخیمی مبتلا بوده‌اید؟	nein نه	ja آری	waren	چه بیماری
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? آیا بطور مرتب از دارویی استفاده می‌نمایید؟	nein نه	ja آری	welche	چه بیماری
Hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten? آیا به یکی از بیماریهای زیر مبتلا بوده‌اید یا هستید؟				
Herz- oder Kreislaufstörungen بیماری قلب، عروق و فشار خون	nein نه	ja آری		
Zuckerkrankheit بیماری قند	nein نه	ja آری		
Allergien oder Reaktionen auf Spritzen oder Medikamenten حساسیت به تزریقات و داروها	nein نه	ja آری	wogegen	چه دارویی
Ansteckende Krankheiten (AIDS, Gelbsucht, Tuberkulose o.ä.) بیماریهای واگیردار (ایدز، یرقان، سل و غیره)	nein نه	ja آری	welche	چه بیماری
Blutgerinnungsstörungen oder Marcumarbehandlung اختلال انعقاد خون (استفاده مرتب از مارکومار و یا آسپیرین)	nein نه	ja آری	Quick-Wert	
andere ernsthafte Erkrankungen? بیماری وخیم دیگری؟	nein نه	ja آری	welche	چه بیماری
Wurden innerhalb des letzten Jahres die Zähne geröntgt? آیا در یک سال اخیر از دندانهای شما عکسبرداری شده است؟	nein نه	ja آری	wo	کجا
Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? برای بانوان: آیا حامله هستید؟	nein نه	ja آری	Monat	ماه
Unterschrift:	امضاء			