



Wir Kinderzahnärzte heißen sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Ми - дитячі стоматологи раді вітати Вас в нашому кабінеті.



Bitte füllen Sie das folgende Formular aus. Nutzen Sie bitte lateinische Buchstaben.

Будь ласка заповніть наданий формуляр. Будь ласка, використовуйте латинські літери.



1. Erziehungsberechtigte/r

1. Офіційний опекун (батько/мати)



Datum

Дата

Name, Vorname

Прізвище, ім'я

Geburtsdatum

Дата народження

Telefonnummer

Номер телефону

E-Mail Adresse

Електронна адреса

**Anschrift in
Deutschland**

Адреса в Німеччині



2. Kind

2. Дитина

Name, Vorname

Прізвище, ім'я

Geburtsdatum

Дата народження

**Anschrift, wenn
abweichend von 1.**

*Адреса в Німеччині,
якщо відрізняється
від пункту 1.*



3. Vorerkrankungen

Можливі захворювання / передхвороби

Sind Vorerkrankungen bei ihrem Kind bekannt?

Чи є в Вашої дитини хронічні захворювання?

Herz-/Kreislaferkrankungen

Захворювання серця/кровообігу

Blutgerinnungsstörungen

Порушення згортання крові

Anfallsleiden (Epilepsie)

Судомні напади (епілепсія)

Asthma / Lungenerkrankungen

Астма / захворювання легенів

Ohnmachtsanfälle

Непритомні стани

Diabetes/ Zuckerkrankheit

Діабет / підвищений рівень цукру в крові

Lebererkrankung

Захворювання печінки

Nierenerkrankung

Захворювання нирок

Schilddrüsenerkrankung

Захворювання щитовидної залози

Infektionskrankheit

Інфекційне захворювання

Andere:

Інше

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt?

Чи відомі алергії, непереносимості?

gegen Lokalanästhesie

на місцеву анестезію, уколи

gegen Antibiotika

на антибіотики

gegen Schmerzmittel

на знеболюючі

andere:

на щось інше

Nimmt Ihr Kind zurzeit regelmäßig Medikamente?

Чи приймає Ваша дитина регулярно або періодично медичні препарати?



4. Schmerzanamnese

Анамнез болю

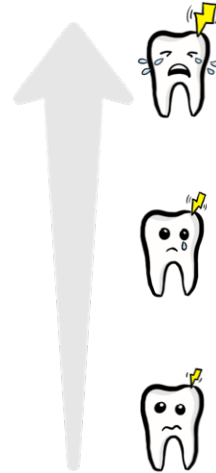
Wo hat ihr Kind Schmerzen? Bitte markieren.

Де саме Ваша дитина відчуває біль?
Позначте будь ласка.



Wie stark sind die Schmerzen?

На скільки сильний біль



Wie viele Tage hat ihr Kind schon diese Schmerzen?

Скільки вже днів дитина відчуває біль?

- seit einem Tag
один день
- seit 2 Tagen
2 дні
- seit 3 oder mehr Tagen
більше ніж 3 дні

Bei einem traumatischen Vorfall, wie ist es passiert?

У випадку травматичного інциденту, як це сталося?

- Sturz
падіння
- Unfall
нещасний випадок
- Kampf
боротьба



Wann hat ihr Kind Schmerzen?

Коли дитина частіше відчуває біль?

- nachts
вночі
- tagsüber
вдень
- immer
завжди
- beim Essen
за вечерю
- spontan ohne Reiz
спонтанно, без стимулу





5. Notwendige Maßnahmen

Необхідні заходи



Nachfolgende Hinweise sind vom Zahnarzt auszufüllen

Наступні інструкції повинні бути заповнені стоматологом

Folgende Maßnahmen möchte ich bei ihrem Kind durchführen:

Я хотів би провести наступні заходи з Вашою дитиною:

- Es muss ein Röntgenbild angefertigt werden**

Треба зробити рентген



Der betroffene Zahn ist ein:

Уражений зуб є:

- Milchzahn**
молочний зуб
- Bleibender Zahn**
постійний зуб

- benötigt eine Betäubung (Anästhesie)**

вимагає анестетика



- benötigt eine Füllung**

потребує пломбування



- kann nicht erhalten werden**

Зуб не підлягає збереженню



- Es liegt eine bakterielle Infektion vor**

Відбувається бактеріальна інфекція



- Es muss eine Sanierung unter Vollnarkose durchgeführt werden**

Реабілітація повинна проводитися під загальним наркозом



6. Verhalten nach der Behandlung

Заходи після лікування

Bitte beachten Sie folgendes Verhalten nach der Behandlung

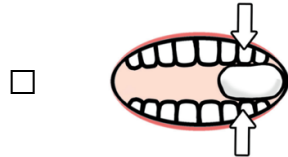
Будь ласка зверніть увагу на наступні рекомендації після лікування

Nach der Zahnextraktion

Після видалення зуба



15 Minuten
15 хвилин



**auf die Tamponade
beißen**
прикусити тампон



nicht spülen
не змивати



nicht toben
не грайте

Folgende Arzneimittel rezeptieren wir Ihnen für Ihr Kind

Ми призначимо вашій дитині наступні ліки

 Antibiotika
Антибіотики **Schmerzmittel**
Знеболюючий засіб

Ich habe keine weiteren Fragen an den Zahnarzt / die Zahnärztin und bin mit den angekreuzten Maßnahmen einverstanden.

В мене більше не має питань до лікаря і я згоден/згодна з позначеними рекомендаціями.

 Ja
так **Nein**
ні

Impressum

Illustration des Ausmalbilds: Anika Voigt – www.lafolo.de
Übersetzung: Yuliia Makarenko
Layout & Piktogramme: Majid Mehrfaza
Idee & Umsetzung: Kinderzahnärztin Elisabeth Gutermuth

Copyright © 2023. Alle Inhalte dieses Formulars, insbesondere Texte, Layout und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt bei den o.g. Mitwirkenden. Die Verwendung des Dokuments oder seiner Bestandteile ist ausschließlich nach Absprache und zum vorgesehenen Zweck erlaubt.



7. Ihr nächster Termin bei uns

Ваш наступний прийом у нас

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Datum
<i>Пн</i>	<i>Вт</i>	<i>Ср</i>	<i>Чт</i>	<i>Пт</i>	<i>Дата</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Wenn Sie die Möglichkeit haben einen Sprachmittler mitzunehmen, wäre das sehr hilfreich.

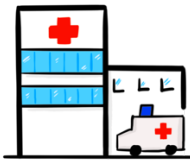
Якщо у Вас є можливість взяти з собою мовного посередника, це було б дуже корисно.

Bei Notfällen außerhalb unserer Öffnungszeiten, wenden Sie sich bitte an:

У разі виникнення надзвичайних ситуацій у неробочий час, будь ласка, зв'яжіться з нами:

Krankenhaus / Zahnklinik

Лікарня / Стоматологічна клініка



Adresse / Адреса

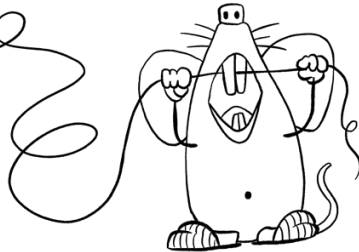
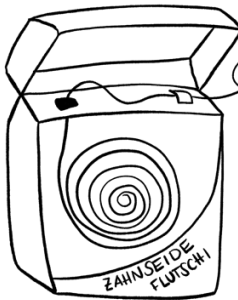
Zahnarztpraxis

Стоматологічна практика



Adresse / Адреса

AUSMALBILD - РОЗМАЛЬОВКА

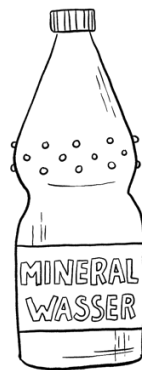


**Dort wo die
Zähne ganz eng
zusammen
stehen, reinige
bitte mit
Zahnseide**

Якщо зуби
розташовані дуже
близько один до
одного, будь ласка,
чистить їх зубною
ниткою.

**Süßigkeiten
nur 1x am Tag
als Nachtisch**

Солодощі тільки
раз на день на
десерт



**Vor allem vor dem
Schlafengehen ist
es wichtig, dass
deine Zähne gut
geputzt werden.**

Важливо добре
чистити зуби,
особливо перед
сном.



ANika VOigt
illustration