

## Einwilligungserklärung „zahnärztliche Behandlung“ الموافقة على مداواة الأسنان بأنواعها

### Patient/in

### المرضى

Name: ..... الكنية:

Vorname: ..... الاسم:

geb. am: ..... تاريخ الميلاد:

### Erziehungsberechtigte/r

### المسؤول المرافق

Name: ..... الكنية:

Vorname: ..... الاسم:

geb. am: ..... تاريخ الميلاد:

### Anschrift

### العنوان

Straße: ..... الشارع:

PLZ Ort: ..... رقم المدينة البريدي:

### Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

Sie haben unsere Praxis aufgesucht, weil Sie Probleme mit Ihren Zähnen haben. Folgende medizinische Behandlungen dürfen Sie im Rahmen der §§ 4 und 6 AsylbLG erhalten, diese begrenzen sich auf die Behandlung von akuten Erkrankungen, zur Schmerzbeseitigung und bei medizinischen Notfällen. Anspruch auf Zahnersatz besteht nur unter bestimmten Voraussetzungen und muss vorher beim Amt für soziale Sicherung und Integration beantragt werden.

### عزيزي المريض، عزيزتي المريضة، وأولياء الأمور الأعزاء،

فتمت زيارة عيادتنا، لأنه لديكم مشاكل في أسنانكم تحت مراعات قوانين اللجوء رقم ٤ و ٦ لا يحق لك الحصول على رعاية طبية الا في الأمراض الحادة أو إزالة الألم والحوادث الطارئة لحصول على تعويضات الأسنان غير ممكن الا بعد موافقة الجهات المختصة للدوائر الحكومية والضمان الإجتماعي

Unterbleiben sie dennoch, kann die Kostenübernahme abgelehnt oder nachträglich zurückgenommen werden.

• هنا في ألمانيا هناك قوانين وقواعد تمنع الطبيب من القيام بعلاجات مختلفة للأمراض دون الفحص بالأشعة مسبقا، خلال مرحله أو بعد العلاج. وعدم مراعاة ذلك قد يؤدي الى رفض الجهات المختصة بدفع تكاليف العلاج

### Patienteneinwilligung

### الموافقة

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Behandlung(en) ein.

Dies gilt auch für eine eventuelle Betäubung, über die ich gesondert aufgeklärt wurde, sowie für notwendige Änderungen/Erweiterungen/ Neben-/Folgeeingriffe.

أوافق على خطة العلاج كما شرح لي بالتفصيل كما أوافق على احتمال الحاجة للتخدير الموضعي أو الاضطرار لتغييرات جزئية بخطة العلاج وما قد يتطلب المتابعة.

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Maßnahme(n)/Behandlung(en) nicht ein und bestätige hiermit, dass ich über die möglichen Folgen des Unterlassens der Maßnahme aufgeklärt wurde.

لا أوافق على خطة العلاج المقترحة رغم أن العواقب التي قد تترتب شرحت لي بالتفصيل.

Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

استلمت نسخة عن هذه الموافقة

Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung nicht entgegennehmen.

أرفض استلام نسخة عن الموافقة

.....  
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt  
توقيع طبيب الأسنان

.....  
Unterschrift Assistenz  
توقيع المساعد

.....  
Ort/Datum  
المكان والتاريخ

.....  
Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher  
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter  
توقيع المريض، المريضة، المسؤول المرافق  
أو المساعد

• In der Schwangerschaft sollten möglichst keine Röntgenaufnahmen durchgeführt werden. Weisen Sie bitte vor einer Röntgenaufnahme unbedingt darauf hin, wenn eine Schwangerschaft besteht, vermutet wird oder nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

• في حالات الحمل يستحسن عدم استعمال الأشعة... نرجو اعلامنا عن كل حالة حمل ولو كانت غير مؤكدة

• Für Röntgenübersichtsaufnahmen (Panoramaschichtaufnahmen) müssen möglichst alle Metallteile vom Kopf entfernt werden, um die Aufnahme nicht zu stören. Lassen Sie deshalb Schmuck, Piercings und Haarklammern/-nadeln möglichst zu Hause.

• لدى اجراء التصوير الشعاعي البانورامي يجب ازالة و خلع كل القطع المعدنية الموجودة بمنطقة الرأس مثل حلق الأذنان أو ملاقط الشعر المعدنية

• Herausnehmbare/n Zahnersatz/Prothesen vor der Röntgenaufnahme herausnehmen.

• يرجى اخراج طقوم الاسنان المعدنية من الفم في حال وجودها وذلك قبل التصوير

### Folgen einer Unterlassung der Behandlung

#### في حال رفضك لاستخدام التشخيص بالأشعة

Sollten Sie die vorgeschlagenen Röntgenaufnahmen nicht durchführen lassen, kann dies nachteilige Folgen für Sie mit sich bringen:

• Ohne Röntgenaufnahmen können gefährliche Prozesse (wie Entzündungen durch Bakterien oder bösartige Tumore) unerkannt bleiben und schwerwiegende bis lebensbedrohliche Folgen nach sich ziehen.

• يتعذر اكتشاف الأمراض بصورة مبكرة مما يسبب تطور المرض الى الأسوأ دون ملاحظة الا بعد فوات الأوان (التهابات، انتانات أو أورام خبيثة) مما يسبب خطراً على الحياة

• Ohne Röntgenaufnahmen zur Diagnose kann die genaue Ursache mancher Beschwerden und Schmerzen nicht sicher bestimmt werden. Damit kann die erforderliche Behandlung weniger sicher festgelegt werden, das Risiko einer nicht genügend erfolgreichen oder einer falschen Behandlung steigt.

• عدم استخدام الأشعة قد يؤدي الى تشخيص خاطئ للحالة المرضية أو سبب الألم وبالتالي يزداد خطر القيام بعلاج غير كافي أو خاطئ

• Ohne vorhergehende, begleitende oder nachträgliche Röntgenkontrollaufnahmen können viele Behandlungen nicht sicher durchgeführt werden. Das Risiko eines Misserfolgs steigt dann erheblich. Auch ein Erfolg kann nicht sicher festgestellt werden. Aus diesen Gründen sind von den Krankenversicherungen/Kostenträgern für bestimmte Maßnahmen Röntgenaufnahmen vorgeschrieben.

## □ EXTRAKTION

## □ قلع الأسنان

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,  
der Zahn/die Zähne ..... ist/sind so sehr zerstört, dass  
keine Erhaltung des Zahnes/der Zähne möglich ist. Aus dem oben  
genannten Grund müssen die „kranken“ Zähne entfernt werden.

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة، وأولياء الأمور الأعزاء  
السن أو الاسنان التالية ..... مريضة ومتهدمة لدرجة عدم  
امكانية الحفاظ عليها لهذا السبب يجب خلعها

## Befund/Diagnose

## التشخيص

## Geplante Therapie

## خطة العلاج

Extraktion der Zähne: ..... خلع الأسنان

## Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Es können, wie bei allen medizinischen Behandlungen, Nebenwirkungen  
und Komplikationen auftreten. Falls Schmerzen, Blutungen oder andere  
Probleme nach der Extraktion auftreten sollten, kontaktieren Sie bitte die  
Praxis.

## المضاعفات والتأثيرات الجانبية الممكن حصولها

كما في معظم العلاجات الطبية يمكن حصول مضاعفات غيرمتوقعة بعد  
قلع الأسنان. في حال حصول مشاكل مثل الألم، النزف أو أي مشاكل  
أخرى يرجى الاتصال بنا فوراً.

## □ FÜLLUNGEN

## □ حشوات الأسنان

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,  
der Zahn/die Zähne ..... ist/sind kariös angegriffen, so  
dass eine Füllungstherapie an dem Zahn/den Zähnen erforderlich ist.

Die kariös zerstörte Zahnschicht wird abgetragen und der Zahn mit Fül-  
lungsmaterial gefüllt.

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة، وأولياء الأمور الأعزاء  
الأسنان المذكورة أعلاه مصابة بالتسوس ويمكن علاجها، لكن  
يجب إزالة التسوس ووضع حشوة داخل السن المصاب

## Befund/Diagnose

## التشخيص

## Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung

Es können, wie bei allen medizinischen Behandlungen, Nebenwirkungen  
und Komplikationen auftreten. Falls Schmerzen oder andere Probleme  
nach der Füllungsbehandlung auftreten sollten, kontaktieren Sie bitte  
umgehend die Praxis.

## المضاعفات والتأثيرات الجانبية الممكن حصولها

كما في معظم العلاجات الطبية قد تحصل مضاعفات أو تأثيرات جانبية  
في حال الشعور بالألم أو حصول أية مشكلة بعد العلاج نرجو الاتصال بنا  
فوراً

## □ RÖNTGEN

## □ التصوير بالأشعة

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,  
für die oben genannten, bei Ihnen durchzuführenden Behandlungen ist für  
die Diagnostik eine Röntgenaufnahme erforderlich. Folgende Information  
zu Ihrer Aufklärung:

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة، وأولياء الأمور الأعزاء  
للحصول على العلاج الأمثل لهذه الحالة يتوجب إجراء تصوير شعاعي.

## Welche Schutzmaßnahmen können angewendet werden? طرق الحماية من أضرار الأشعة

Zur Verminderung der gesundheitlichen Belastung durch  
Röntgenstrahlung werden verschiedene Maßnahmen ergriffen:

- regelmäßige Überprüfung der technischen Ausrüstung, des  
Filmmaterials und der Aufnahmequalität durch die Praxis sowie durch  
unabhängige Kontrollstellen
- الفحص الدوري للأجهزة، الأفلام الشعاعية وجودة التصوير من قبلنا ومن  
قبل جهات مسؤولة حيادية
- Verwendung empfindlicher Filme/digitales Röntgen
- استخدام طريقة الأشعة الديقيتال
- Blenden an der Röntgenröhre, strahlenleitende Röntgenfilmhalter
- تطبيق حاميات أنابيب الأشعة
- Schutzschilder und Röntgenschürzen
- استعمال لوحات وأغطية حامية من الأشعة
- Beschränkung auf möglichst wenige Röntgenaufnahmen
- التقليل من عدد الصور الشعاعية
- Vermeidung von Röntgenaufnahmen in der Schwangerschaft
- عدم استخدام الأشعة لدى المرأة الحامل
- Sonstiges: ..... وغير ذلك:

## Welche Vorschriften gibt es?

## أي قواعد تطبيق؟

In der Röntgenverordnung werden alle mit dem Röntgen zusammen-

hängenden Gesichtspunkte gesetzlich geregelt. Die Regelungen der  
Verordnung werden in Ihrer Zahnarztpraxis eingehalten. Der Text der  
Röntgenverordnung ist in Ihrer Zahnarztpraxis vorhanden und kann  
Ihnen auf Wunsch zur Einsicht vorgelegt werden.

في هذه العيادة يستخدم التصوير بالأشعة تحت مراعاة كل قواعد  
الحماية واحترام كل القوانين الملزمة والمنظمة لتلك القواعد  
المنشورات المتعلقة بذلك موجودة بالعيادة ويمكن الاطلاع عليها

## Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten? المضاعفات الممكنة الحصول

Bei der Durchführung von Röntgenaufnahmen in der Zahnarztpraxis  
bestehen, wie bei allen (zahn-)ärztlichen Maßnahmen, gewisse  
Risiken:

في طب الأسنان توجد بعض المخاطر أثناء تنفيذ عملية الأشعة:

## Grundsätzlich

## في الأساس

• Belastung durch Röntgenstrahlung, die zum allgemeinen Krebsrisiko  
beiträgt. Das Risiko von Fehlbildungen bei Ungeborenen wird durch  
Röntgenstrahlung erhöht. Zum Vergleich: In Deutschland werden rund  
4 von 10 Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt durchgeführt. Der damit  
verbundene Anteil der Strahlenbelastung beträgt jedoch nur etwa 1  
von 100 der Gesamtbelastung durch Röntgenaufnahmen.

التعرض للأشعة السينية يزيد من خطر الإصابة بالسرطانات ويساهم  
في خطر حدوث عيوب خلقية للأجنة عند النساء الحوامل  
في ألمانيا، حوالي ٤ من ١٠ يتم التعرض لها عند طبيب الأسنان ولكن  
الأثار الناجمة عنها ليست سوى ١٪ من إجمالي التعرض للأشعة السينية

## Wichtige Hinweise

## هام

- Bringen Sie bei Ihnen vorhandene Röntgenaufnahmen der entsprechen-  
den Körperregion zum jeweils behandelnden (Zahn-)Arzt mit.  
• اجلب معك كل الصور الشعاعية الموجودة بحوزتك لدى كل زيارة  
للطبيب أو طبيب الأسنان
- Lassen Sie sich in Ihrer Zahnarztpraxis einen Röntgenpass ausstellen  
und durchgeführte Aufnahmen (auch anderer Körperregionen) eintragen.  
• اطلب من العيادة ما يسمى بدفتر الأشعة الخاص بك حيث  
يدون فيه كل ما يتعلق بما طبق عليك من فحوصات بالأشعة للطبيب  
أو طبيب الأسنان
- Sollen Röntgenaufnahmen durchgeführt werden, weisen Sie bitte  
vorher darauf hin, wenn in derselben Region kürzlich (in den letzten  
Tagen, Wochen oder Monaten) Röntgenaufnahmen angefertigt wurden.  
• حين الحاجة لاستخدام التشخيص الشعاعي على منطقة ما من  
جسمك نرجو أن تعلمنا عما اذا طبقت الأشعة مسبقاً على تلك  
المنطقة في المدة الأخيرة (أيام، أسابيع أو شهور)