

- 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 وخلع كل القطع المعدنية الموجودة بمنطقة الرأس مثل حلق الأذان 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.

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 مسبقاً، خلال مراحله 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 جزيئية 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 الاسنان	 Unterschrift Assistenz توقيع المساعد
..... Ort/Datum المكان والتاريخ	 Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter توقيع المريض، المريضة، المسؤول المرافق أو المساعد
Spitta Verlag · 72336 Balingen · Tel. 07433 1 952-0 · www.spitta.de Satz: Freudenmann Mediengestaltung und www.markenbau.de · Art.-Nr. 1007024419	

Einwilligungserklärung „zahnärztliche Behandlung“ الموافقة على مداواة الأسنان بأنواعها

Patient/in

المريض

Name:.....
الكنية:

Vorname:.....
الاسم:

geb. am:.....
تاريخ الميلاد:

Erziehungsberechtigte/r

المسؤول المرافق

Name:.....
الكنية:

Vorname:.....
الاسم:

geb. am:.....
تاريخ الميلاد:

Anschrift

النوان

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،

قمتم بزيارة 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 ازالة الألم والحوادث الطارئة لحصول على تعويضات الأسنان غير ممكن الا بعد موافقة الجهات المختصة للدوائر الحكومية والضمان الإجتماعي

❑ EXTRAKTION

❑ قلع الأسنان

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
der Zahn/die Zähneist/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 Zähneist/sind kariös angegriffen, so
dass eine Füllungstherapie an dem Zahn/den Zähnen erforderlich ist.
Die kariös zerstörte Zahnschubstanz 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
 - Schutzschilde 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?

In der Röntgenverordnung werden alle mit dem Röntgen zusammen-

أي قواعد تطبيق؟

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-
enden 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 مسبقا على تلك
المنطقة في المدة الأخيرة (أيام، أسابيع أو شهور)