

Регистрация | Анамнез

Уважаемый пациент!

Мы благодарим Вас за то, что Вы решили обратиться к стоматологу в нашей практике. Лечение проводится по системе заказов. Как правило, это означает короткое время ожидания. Однако, непредвиденные меры лечения, необходимые с медицинской точки зрения, могут привести к тому, что нам не удастся полностью вложиться в установленное время. Мы просим учесть это. Если Вы не сможете прийти к нам на лечение в назначенный срок, то мы просим сообщить нам об этом как можно раньше, т.е. самое позднее за 24 часа. Если Вам придется прийти в нашу практику в непредвиденном случае (напр., острая боль), примите во внимание, что Вам придется немного подождать.

Если Вы состоите в государственной больничной кассе, Вы должны самое позднее через 10 дней после начала лечения предъявить нам страховую карточку больничной кассы, в противном случае нам придется выставить Вам лично в счет стоимость лечения. Если Вы застрахованы в государственной больничной кассе, Вы можете выбирать между лечением у стоматолога на страховую карточку больничной кассы или лечением за свой счет в соответствии § 13 SGB V (возмещение затрат).

Пациент

господин/госпожа/ребенок

Фамилия		Имя	Дата рождения.
---------	--	-----	----------------

Адрес

Улица/№ дома.	Эл. почта*	Место рождения*
Почтовый индекс/населенный пункт	Номер домашнего или мобильного телефона	

Член / плательщик

(для детей - лицо, имеющее право воспитывать ребенка)

Фамилия	Имя	Дата рождения.
---------	-----	----------------

Адрес

Улица/№ дома.	Эл. почта*
Почтовый индекс/населенный пункт	Номер домашнего или мобильного телефона

Имя носителя затрат

(больничная касса или страховая компания)

Имя носителя затрат		
---------------------	--	--

<input type="checkbox"/> Я застрахован(а) по обязательному страхованию	<input type="checkbox"/> Я застрахован(а) в частной страховой компании	<input type="checkbox"/> Я выбрал(а) возмещение затрат в соответствии с §13 SGB V
<input type="checkbox"/> Я застрахован(а) в добровольном порядке	<input type="checkbox"/> Я застрахован(а) по стандартному тарифу	<input type="checkbox"/> Я не застрахован(а)
<input type="checkbox"/> Я застрахован(а) с правом на пособие	<input type="checkbox"/> Я застрахован(а) по базисному тарифу	<input type="checkbox"/> Я имею право на дотацию (Sozialamt [учреждение социального обеспечения], Versorgungsamt [ведомство по социальным вопросам])
<input type="checkbox"/> У меня дополнительное частное страхование для лечения у стоматолога		

Профессия члена*

Профессия члена*	Работодатель
<input type="checkbox"/> Ученик/студент	

Адрес работодателя*

Улица/№ дома	Почтовый индекс/населенный пункт	Телефон
--------------	----------------------------------	---------

Профессия пациента

Профессия пациента	Работодатель
<input type="checkbox"/> Ученик/студент	

Адрес работодателя*

Улица/№ дома	Почтовый индекс/населенный пункт	Телефон
--------------	----------------------------------	---------

* графа заполняется добровольно

Проверните страницу!

Для карты больного мы просим предоставить нам следующую информацию, подлежащую врачебной обязанности неразглашения и защите данных, с которой мы будем обращаться строго конфиденциально. Мы также просим информировать нас в будущем об изменениях в состоянии здоровья, изменении адреса и статуса страхования

Отметьте крестиком нужный ответ на каждый из вопросов.

1. У Вас есть/были следующие болезни?

а)	да	нет		да	нет		да	нет
Астма (тяжелая одышка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Заболевания крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Падучая (эпилепсия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нарушения сворачиваемости крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ревматизм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Больничный микроб - золотистый стафилококк,			Нарушения функции почек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Остеопороз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	устойчивый к метициллину (MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Болезнь Крейтцфельда-Якоба	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Заболевания печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Тumor/карцинома/рак	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВИЧ-инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Гепатит A/B/C (желтуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вы принимаете/принимали в этой связи бисфосфонаты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ваш семейный врач:

Фамилия	Адрес	Телефон

b) Имеются ли аллергии? да нет если да, какие?

У Вас есть паспорт аллергика? да нет

c) Инфаркт сердца да нет

Апоплексический удар да нет

Паралич да нет

Вы принимаете кроворазжижающие препараты? да нет Если да, какие?

d) Кровяное давление низкое

нормальное

высокое Если имеются, значения

2. Вы носите кардиостимулятор? да нет

3. Вы принимаете регулярно медикаменты? да нет Если да, какие?

4. Вы курите? да нет | 5. Вы храпите? да нет

6. Имеются ли зависимости? да нет Если да, какие?

7. Вы беременны? да нет неуверена Если да, то на какой неделе

8. У Вас есть/была травма в зоне рта, челюсти или лица? да нет Дата получения травмы

Вид травмы

9. Прочая информация/другие заболевания

10. Когда вас в последний раз госпитализировали?

11. Нуждаетесь ли Вы в постороннем уходе согласно § 15 SGB V? да нет Если да, в какой степени ухода

12. Вы предпочитаете лечение под местным наркозом? да нет Пожалуйста, учтите, что под воздействием медикаментов или укола для местного наркоза Ваша способность к управлению транспортным средством может быть ограничена в течение многих часов.

13. У Вас есть удостоверение, в которое вносятся рентгеновские снимки? да нет

Вы хотите получить удостоверение, в которое вносятся рентгеновские снимки? да нет

Когда был сделан последний рентгеновский снимок / компьютерная томография? (дата/часть тела)

14. У Вас есть Bonusheft [бонусная тетрадь] да нет

Когда последний раз Вам проводилась профессиональная чистка зубов?

Как/от кого Вы узнали о нашей практике:*

Моей подписью я подтверждаю полноту и достоверность предоставленных мною выше данных.

Дата Подпись больного или лица, имеющего право на воспитание ребенка