

التسجيل | السيرة المرضية

عزيزي المريض/عزيزتي المريضة،

إذا كنت مريض/ة مؤمَّنًا عليكم تأمينًا حكوميًا فيجب عليكم رجاءً تسليم بطاقة التأمين الصحي في موعد أقصاه 10 أيام بعد بداية العملية العلاجية، لأنه إذا لم يحدث ذلك فسوف تُلقَى على عاتقكم تكاليف العملية العلاجية بشكل خاص. بوصفك مريضًا مشمولًا ضمن غطاء التأمين الصحي القانوني، يمكنك استخدام بطاقة التأمين الصحي الخاصة بك لحجز العلاجات التي ستخضع لها على نفقتك الخاصة وفقًا للمادة ١٣ من قانون الشؤون الاجتماعية V (تعويض المصروفات) كبديل لعلاج التأمين الصحي القانوني للأسنان. ويمكنك معرفة المزيد من المعلومات حول ذلك من شركة التأمين الصحي الخاصة بك.

شكرًا جزيلاً أنكم أنتم للعلاج في مستشفىنا. هذا العلاج سيجري حسب النظام المطلوب. وهذا يعني لكم في العادة وجود أوقات انتظار ضئيلة فقط. ومع ذلك، فإن تدابير العلاج الضرورية غير المتوقعة طبيًا، يمكن أن تؤدي إلى عدم الالتزام بالمواعيد بشكل صارم. ونحن نطلب منكم تفهم ذلك. إذا كنتم لا تستطيعون الوفاء بموعدكم معنا، فإننا نرجو منكم إلغاء هذا الموعد مبكرًا قدر الإمكان، أي قبل الموعد نفسه بأربعة وعشرين ساعة على أقصى تقدير. وإذا أنتم إلى مستشفىنا بسبب حالات طارئة غير متوقعة (مثل الشعور بالآلام حادة)، فيجب عليكم المكوث فترة للانتظار.

المريض / المريضة
السيد/السيدة الطفل

اللقب	الاسم	تاريخ الميلاد.
-------	-------	----------------

العنوان

الشارع/رقم المنزل.	البريد الإلكتروني *	محل الميلاد
--------------------	---------------------	-------------

الرقم البريدي/المكان	هاتف أو جوال
----------------------	--------------

مهنة المريض

رب العمل	<input type="checkbox"/> تلميذ /طالب
----------	--------------------------------------

عنوان رب العمل*

الشارع/رقم المنزل.	الرقم البريدي/المكان	هاتف
--------------------	----------------------	------

عند اللزوم، الممثل القانوني أو مستلم آخر للفاخرة
(في حالة الأطفال، ولي الأمر)

اللقب	الاسم	تاريخ الميلاد.
-------	-------	----------------

العنوان

الشارع/رقم المنزل.	بريد إلكتروني *
--------------------	-----------------

الرقم البريدي/المكان	هاتف أو جوال
----------------------	--------------

مهنة الممثل القانوني أو المستلم الآخر للفاخرة*

رب العمل	<input type="checkbox"/> تلميذ/طالب
----------	-------------------------------------

عنوان رب العمل*

الشارع/رقم المنزل.	الرقم البريدي/المكان	هاتف
--------------------	----------------------	------

اسم الجهة المحتملة للمصروفات
(التأمين الصحي، أو التأمين)

--

☐ لقد اخترتُ تحرير النفقات وفق المادة 13 من قانون الشؤون الاجتماعية - الجزء الخامس
☐ أنا غير مشترك في التأمين
☐ أنا مستحق للمعونة
(مصلحة الشؤون الاجتماعية، مصلحة المعاشات)

☐ أنا مشترك في التأمين الخاص
☐ أنا مؤمن علي ضمن التعريف الأساسية
☐ أنا مشترك في التأمين وفق التعريف الأساسية

☐ أنا مشترك في التأمين إلزاميًا
☐ أنا مشترك في التأمين اختياريًا
☐ أنا مستحق للمساعدة
☐ أنا مشترك في تأمين إضافي خاص

من أجل صحتكم المرضية نرجو إمدادنا بالمعلومات التالية، والتي تخضع لواجب الحفاظ على السرية وحماية البيانات، ويتم التعامل معها بمنتهى السرية من جانبنا. كما نرجو منكم أيضًا إبلاغ المستشفى مستقبلاً بأيّة تغييرات تطرأ على حالتكم الصحية، أو على عنوان سكنكم، أو على حالة التأمين الخاصة بكم! يُرجى وضع علامة أمام ما ينطبق في كافة الأسئلة.

1. هل أنت كنت/ما زلت مصاباً بأحد الأمراض التالية؟

أ)	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
الربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض في الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إلتهاب الكبد الوبائي A/B/C
السكري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطرابات في تجلط الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصرع
الروماتيزم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عيوب بالقلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الغدة الدرقية
هشاشة العظام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب الشغاف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطرابات وظائف الكلى
السل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فيروس المستشفيات MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض كروتزفيلد جاكوب
نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الكبد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ورم/ورم سرطاني/سرطان

معلومات أخرى/أمراض أخرى

طبيبكم المنزلي:

اللقب	العنوان	هاتف

عيادة الأسنان التي تلقيت العلاج فيها من قبل *

اللقب	العنوان	هاتف

ب) هل أنت مُصاب بالحساسية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، أيها؟
هل لديك جواز حساسية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ج) أزمة قلبية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
سكتة دماغية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
شلل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تستخدم عقاقير مُخففة للضغط؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، أيها؟
د) هل أنت مصاب بارتفاع ضغط الدم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أنت مصاب بانخفاض ضغط الدم؟
هل تستعمل منظم ضربات القلب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تستعمل صمام قلب صناعي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
3. هل تتناول بيسفوسفونات؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تتناول الأدوية المثبطة للمناعة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تتناول عقاقير طبية بشكل منظم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، أيها؟
4. هل تدخن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كان الأمر كذلك، فكم عدد السجائر التي تدخنها في اليوم؟
5. هل تُشخر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
6. هل هناك أمراض تتعلق بالإدمان؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، أيها؟
7. هل أنتي حامل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	غير متأكد أو كم عدد الأسابيع
8. هل توجد / كانت توجد إصابة من الحادث في منطقة الفم، أو الفك، أو الوجه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الحادث
		نوع الإصابة
9. هل تحتاج إلى الرعاية في الإطار المنصوص عليه في المادة ١٥ من قانون الشؤون الاجتماعية رقم ٧؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، ما هي درجة الخطورة؟
10. هل تحتاج إلى مساعدة الاندماج في الإطار المنصوص عليه في المادة ٩٩ من قانون الشؤون الاجتماعية رقم 1X؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بنعم، أيها؟
11. إذا لزم الأمر، هل سيكون هناك ضرورة لإجراء العلاج تحت التخدير الموضعي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يُرجى الانتباه إلى أن القدرة على القيادة يمكن أن تتأثر سلبياً تحت تأثير الأدوية أو الحقن الخاصة بالتخدير الموضعي ولعدة ساعات.
12. هل لديك جواز سجل الأشعة السينية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
متى كان آخر فحص بالأشعة/التصوير المقطعي؟ (التاريخ/عضو الجسم)		
13. هل لديك دفتر علاوات؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
متى كانت مرة أجريت فيها عملية تنظيف احترافية لأسنانك؟		
14. هل تستخدم ملف المريض الإلكتروني؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

كيف/عن طريق من عرف بعيادتنا:*

بموجب توقيعك أوكد على اكتمال وصحة بياناتي المذكورة.

توقيع المريض/المرضىة أو ولي الأمر

التاريخ