

التسجيل | السيرة المرضية

عزيزي المريض/عزيزتي المريضة،

إذا كنت مريض/ة مؤمناً عليكم تأميناً حكومياً فوجب عليكم رجاءً تسليم بطاقة التأمين الصحي في موعد أقصاه 10 أيام بعد بداية العملية العلاجية، لأنه إذا لم يحدث ذلك فسوف تُلقي على عائقكم تكاليف العملية العلاجية بشكلٍ خاص. يوصلكم مريضاً مسؤولًا ضمن غطاء التأمين الصحي القانوني، يمكنك استخدام بطاقة التأمين الصحي الخاصة بك لحجز العلاجات التي تستพئن لها على نفقاتك الخاصة وفقاً للمادة 13 من قانون الشؤون الاجتماعية ٧ (تعويض المصروفات) كديل لعلاج التأمين الصحي القانوني للأسنان. ويمكنك معرفة المزيد من المعلومات حول ذلك من شركة التأمين الصحي الخاصة بك.

شكراً جزيلاً أنكم أتيتم للعلاج في مستشفاناً. هذا العلاج سيجري حسب النظام المطلوب. وهذا يعني لكم في العادة وجود أوقات انتظار ضئيلة فقط. ومع ذلك، فإن تدابير العلاج الضرورية غير المتوقفة طبياً، يمكن أن تؤدي إلى عدم الالتزام بالمواعيد بشكل صارم. ونحن نطلب منكم تفهم ذلك. إذا كنت لا تستطيعون الوفاء بمواعيدهم، فإننا نرجو منكم إلغاء هذا الموعد مبكراً قدر الإمكان، أي قبل موعد نفسه بأربعة وعشرين ساعة على أقصى تقدير. وإذا أتيتم إلى مستشفاناً بسبب حالات طارئة غير متوقعة (مثل الشعور بألم حاد)، فوجب عليكم المكوث فترة للانتظار.

<table border="0"><tr><td style="width: 50%;">تارikh الميلاد.</td><td style="width: 50%;">الاسم</td></tr><tr><td>محل الميلاد</td><td>اللقب</td></tr><tr><td>هاتف أو جوال</td><td>الشارع/رقم المنزل.</td></tr><tr><td> رب العمل</td><td>الرقم البريدي/المكان</td></tr><tr><td>هاتف</td><td>الشارع/رقم المنزل.</td></tr><tr><td>تارikh الميلاد.</td><td>الاسم</td></tr><tr><td>بريد إلكتروني*</td><td>اللقب</td></tr><tr><td>هاتف</td><td>الشارع/رقم المنزل.</td></tr><tr><td>الرقم البريدي/المكان</td><td>عنوان رب العمل *</td></tr><tr><td> رب العمل</td><td>العنوان</td></tr><tr><td>هاتف</td><td>الشارع/رقم المنزل.</td></tr><tr><td>الرقم البريدي/المكان</td><td>مهنة الممثل القانوني أو المستلم آخر لفاتورة (في حالة الأطفال، ولد الأسر)</td></tr><tr><td> رب العمل</td><td>العنوان</td></tr><tr><td>هاتف</td><td>الشارع/رقم المنزل.</td></tr><tr><td>الرقم البريدي/المكان</td><td>مهنة الممثل القانوني أو المستلم الآخر لفاتورة*</td></tr><tr><td> رب العمل</td><td>عنوان رب العمل *</td></tr><tr><td>هاتف</td><td>الشارع/رقم المنزل.</td></tr><tr><td>الرقم البريدي/المكان</td><td>اسم الجهة المتحملة للمصروفات (التأمين الصحي، أو التأمين)</td></tr></table>	تارikh الميلاد.	الاسم	محل الميلاد	اللقب	هاتف أو جوال	الشارع/رقم المنزل.	رب العمل	الرقم البريدي/المكان	هاتف	الشارع/رقم المنزل.	تارikh الميلاد.	الاسم	بريد إلكتروني*	اللقب	هاتف	الشارع/رقم المنزل.	الرقم البريدي/المكان	عنوان رب العمل *	رب العمل	العنوان	هاتف	الشارع/رقم المنزل.	الرقم البريدي/المكان	مهنة الممثل القانوني أو المستلم آخر لفاتورة (في حالة الأطفال، ولد الأسر)	رب العمل	العنوان	هاتف	الشارع/رقم المنزل.	الرقم البريدي/المكان	مهنة الممثل القانوني أو المستلم الآخر لفاتورة*	رب العمل	عنوان رب العمل *	هاتف	الشارع/رقم المنزل.	الرقم البريدي/المكان	اسم الجهة المتحملة للمصروفات (التأمين الصحي، أو التأمين)	المريض / المريضة السيد/السيدة الطفل	العنوان
تارikh الميلاد.	الاسم																																					
محل الميلاد	اللقب																																					
هاتف أو جوال	الشارع/رقم المنزل.																																					
رب العمل	الرقم البريدي/المكان																																					
هاتف	الشارع/رقم المنزل.																																					
تارikh الميلاد.	الاسم																																					
بريد إلكتروني*	اللقب																																					
هاتف	الشارع/رقم المنزل.																																					
الرقم البريدي/المكان	عنوان رب العمل *																																					
رب العمل	العنوان																																					
هاتف	الشارع/رقم المنزل.																																					
الرقم البريدي/المكان	مهنة الممثل القانوني أو المستلم آخر لفاتورة (في حالة الأطفال، ولد الأسر)																																					
رب العمل	العنوان																																					
هاتف	الشارع/رقم المنزل.																																					
الرقم البريدي/المكان	مهنة الممثل القانوني أو المستلم الآخر لفاتورة*																																					
رب العمل	عنوان رب العمل *																																					
هاتف	الشارع/رقم المنزل.																																					
الرقم البريدي/المكان	اسم الجهة المتحملة للمصروفات (التأمين الصحي، أو التأمين)																																					

- لقد اخترت تحرير النفقات وفق المادة 13 من قانون الشؤون الاجتماعية - الجزء الخامس
 أنا مشترك في التأمين الخاص
 أنا مؤمن على ضمن التعريفة الأساسية
 أنا مشترك في التأمين وفق التعريفة الأساسية
 أنا مستحق للمعونة (مصلحة الشؤون الاجتماعية، مصلحة المعاشات)

- أنا مشترك في التأمين الخاص
 أنا مؤمن على ضمن التعريفة الأساسية
 أنا مشترك في التأمين وفق التعريفة الأساسية
 أنا مستحق للمساعدة
 أنا مشترك في تأمين إضافي خاص

- أنا مشترك في التأمين إلى إقامتي
 أنا مشترك في التأمين اختيارياً

أنا مستحق للمساعدة

أنا مشترك في تأمين إضافي خاص

من أجل صحيقتكم المرضية نرجو منكم إمدادنا بالمعلومات التالية، والتي تخضع لواجب الحفاظ على السرية وحماية البيانات، ويتم التعامل معها بمنتهى السرية من جانبنا. كما نرجو منكم أيضاً إبلاغ المستشفى مستقبلاً بأية تغيرات ظرفاً على حالتكم الصحية، أو على عنوان سكنكم، أو على حالة التأمين الخاصة بكم! يرجى وضع علامة أمام ما ينطبق في كافة الأسئلة.

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

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

طبيكم المنزلي:

العنوان	العنوان	العنوان
هاتف	هاتف	هاتف

عيادة الأسنان التي تلقيت العلاج فيها من قبل *

العنوان	العنوان	العنوان
هاتف	هاتف	هاتف

ب) هل أنت مصاب بالحساسية؟
هل لديك جواز حساسية؟

ج) أزمة قلبية
سكتة دماغية

شلل

هل تستخدم عقاقير مخففة للضغط؟

في حالة الإجابة بنعم، أيها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	ب) هل أنت مصاب بالحساسية؟ هل لديك جواز حساسية؟
هل أنت مصاب بانخفاض ضغط الدم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	2. هل تستعمل منظم ضربات القلب؟ هل تستعمل صمام قلب صناعي؟

3. هل تتناول بيسوفوسفينات؟
هل تتناول الأدوية المثبطة للمناعة؟
هل تتناول عقاقير طبية بشكل منظم؟

في حالة الإجابة بنعم، أيها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	4. هل تدخن؟
إذا كان الأمر كذلك، فكم عدد السجائر التي تدخنها في اليوم؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

5. هل شعرت؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	6. هل هناك أمراض تتعلق بالإدمان؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
في حالة الإجابة بنعم، أيها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		

7. هل أنتي حامل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أو كم عدد الأسابيع	غير متأكد
------------------	--	--------------------	-----------

8. هل توجد / كانت توجد إصابة من الحادث
في منطقة الفم، أو الفك، أو الوجه؟

تاريخ الحادث	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل توجد / كانت توجد إصابة من الحادث في منطقة الفم، أو الفك، أو الوجه؟
نوع الإصابة	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

في حالة الإجابة بنعم، ما هي درجة الخطورة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	9. هل تحتاج إلى الرعاية في الإطار المنصوص عليه في المادة ١٥ من قانون الشؤون الاجتماعية رقم ٧؟
في حالة الإجابة بنعم، أيها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	10. هل تحتاج إلى مساعدة الاندماج في الإطار المنصوص عليه في المادة ٩٩ من قانون الشؤون الاجتماعية رقم ١٩؟

يُرجى الانتهاء إلى أن القدرة على القيادة يمكن أن تتأثر سلبياً تحت تأثير الأدوية أو الحقن الخاصة بالتخدير الموضعي ولعدة ساعات.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	11. إذا لزم الأمر، هل سيكون هناك ضرورة لإجراء العلاج تحت التخدير الموضعي؟
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل لديك جواز سجل الأشعة السنبلية؟

متى كان آخر فحص بالأشعة/بالتصوير المقطعي؟ (التاريخ/عضو الجسم)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	12. هل لديك جواز سجل الأشعة السنبلية؟
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	متى كانت مرة أجريت فيها عملية تنظيف احترافية لأسنانك؟

13. هل لديك دفتر علاوات؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	14. هل تستخدم ملف المريض الإلكتروني؟
بموجب توقيعي أؤكد على اكتمال وصحة بياناتي المذكورة.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

كيف/عن طريق من عرف بعياديتك؟*

بموجب توقيعي أؤكد على اكتمال وصحة بياناتي المذكورة.

توقيع المريض/المريضة أوولي الأمر

التاريخ