

Регистрация | Анамнеза

Уважаеми пациенти,

Много благодарим, че избрахте нашата практика за Вашето лечение. Тя функционира посредством система за запазване на часове. Това обикновено намалява времето за чакане. Неотложни от медицинска гледна точка, непредвидени лекарски интервенции обаче могат да доведат до известно разминаване в записаните часове. Извиняваме се за причиненото неудобство. Ако не можете да спазите уговорен час, моля, информирайте ни възможно най-рано, т.е. най-късно 24 часа предварително. Ако дойдете в нашата практика поради настъпили непредвидени оплаквания (напр. остри болки), ще трябва да изчакате.

Като задължително здравноосигурен пациент трябва да ни представите непременно здравноосигурителната си карта най-късно 10 дни след началото на лечението, тъй като в противен случай ще Ви бъдат начислени разходи за лечението. След съгласуване с Вашата здравноосигурителна каса освен чрез своята здравноосигурителна карта като здравноосигурен пациент можете да заплатите стоматологичното лечение, което по принцип се поема директно от касата, и лично с предоставяне на фактура в съответствие с чл. 13 от SGB (Кодекса за социално осигуряване), книга V (Възстановяване на разходите). Допълнителна информация относно този вариант на плащане можете да получите от Вашата здравноосигурителна каса.

Пациент

Мъж/жена/дете

Фамилия	Име	Дата на раждане

Адрес

Улица, номер		Имейл *	Място на раждане
Пощенски код/населено място		Телефон или Мобилен	

Професия на пациента

		Работодател
☐ Ученик/студент		

Адрес на работодателя*

Улица, номер		Пощенски код/населено място	Телефон

При необходимост: законен представител или друг получател на фактурата (при деца настойник)

Адрес

Фамилия	Име	Дата на раждане
Улица, номер		Имейл *
Пощенски код/населено място		Телефон или Мобилен

Професия на законния представител или другия получател на фактурата*

		Работодател
☐ Ученик/студент		

Адрес на работодателя*

Улица, номер		Пощенски код/населено място	Телефон

Име на платеща

(здравноосигурителна каса или застраховка)

----------------------	--	--

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Аз съм задължително осигурен | ☐ Аз съм частно застрахован | ☐ Избрал съм възстановяване на разходи съгласно §13 CK V |
| ☐ Аз съм доброволно осигурен | ☐ Аз съм осигурен по стандартна тарифа | ☐ Не съм осигурен |
| ☐ Отговарям на условията за помощ | ☐ Аз съм осигурен по базова тарифа | ☐ Отговарям на условия за субсидия (социална служба, служба за социални грижи) |
| ☐ Аз съм допълнително осигурен | | |

* незадължителни данни

Моля, обърнете внимание на текста на гърба на тази страница!

За медицинското Ви досие се нуждаем от следната информация, която подлежи на лекарска тайна и защита на данните и ще се пази в строга конфиденциалност. Моля, уведомете практиката ни и за бъдещи промени във Вашето здравословно състояние, адрес и осигурителен статус!

Отбележете вярното с хикс за всички въпроси.

1.

Имали ли сте/имате ли някое от следните заболявания?

а)

Астма	☐ да ☐ не	Кръвни заболявания	☐ да ☐ не	Хепатит А/В/С	☐ да ☐ не
Диабет	☐ да ☐ не	Нарушения в кръвосъсирването	☐ да ☐ не	Епилепсия	☐ да ☐ не
Ревматизъм	☐ да ☐ не	Порок на сърцето	☐ да ☐ не	Заболявания на щитовидната жлеза	☐ да ☐ не
Остеопороза	☐ да ☐ не	Ендокардит	☐ да ☐ не	Бъбречни нарушения	☐ да ☐ не
Туберкулоза	☐ да ☐ не	Метицилин-резистентен стафилокок (MPC)	☐ да ☐ не	Кройцфелд-Якоб	☐ да ☐ не
ХИВ инфекция	☐ да ☐ не	Чернодробни заболявания	☐ да ☐ не	Тумор/карцином/рак	☐ да ☐ не

Друга информация/други заболявания

Вашият личен лекар:

Име

Адрес

Телефон

Премишна дентална практика*

Име

Адрес

Телефон

б)

Имате ли алергии?

☐ да ☐ не

Ако да, какви?

Имате ли алергичен паспорт?

☐ да ☐ не

в)

Сърдечен инфаркт

☐ да ☐ не

Инсулт

☐ да ☐ не

Парализа

☐ да ☐ не

Вземате ли медикаменти за разреждане на кръвта?

☐ да ☐ не

Ако да, какви?

г)

Имате ли хипертония?

☐ да ☐ не

Имате ли хипотония?

☐ да ☐ не

2.

Носите ли пейсмейкър?

☐ да ☐ не

Имате ли поставена изкуствена сърдечна клапа?

☐ да ☐ не

3.

Вземате ли бифосфонати?

☐ да ☐ не

Вземате ли имunosупресори?

☐ да ☐ не

Вземате ли редовно лекарства?

☐ да ☐ не

Ако да, какви?

4.

Пушите ли?

☐ да ☐ не

Ако да, по колко цигари на ден?

5.

ДХъркате ли?

☐ да ☐ не

6.

Имате ли пристрастявания?

☐ да ☐ не

Ако да, какви?

7.

Бременна ли сте?

☐ да ☐ не

☐ не съм сигурна

евентуално коя седмица

8.

Имате ли/имали ли сте нараняване в следствие на инцидент в областта на устата, челюстта или лицето?

☐ да ☐ не

Дата на събитието

Вид на нараняването

9.

Налице ли е нужда от грижи по смисъла на § 15 от германския Кодекс за социално осигуряване, глава V?

☐ да ☐ не

Ако да, в каква степен?

10.

Налице ли е помощ за интегриране по смисъла на § 99 от германския Кодекс за социално осигуряване, глава IX?

☐ да ☐ не

Ако да, какви?

11.

Бихте ли се съгласили при необходимост на лечение с местна упойка?

☐ да ☐ не

Моля, имайте предвид, че под влияние на лекарства или инжекции за местна упойка способността за шофиране може да бъде нарушена за няколко часа.

12.

Имате ли радиационно-диагностичен паспорт?

☐ да ☐ не

Кога беше последното рентгеново изследване/компютърна томография? (дата/част от тялото)

13.

Имате ли книжка за бонуси?

☐ да ☐ не

Кога за последно зъбите Ви са почиствани професионално?

14.

Използвате ли електронното пациентско досие?

☐ да ☐ не

Как/от кого научихте за нашата практика:*

С подписа си потвърждавам пълнотата и достоверността на своите данни по-горе.

Дата

Подпис на пациента или настойника