

Εγγραφή | Ιστορικό

Αγαπητέ ασθενή,

ευχαριστούμε που επιλέξατε το ιατρείο μας για τη θεραπεία των δοντιών σας. Η θεραπεία σας διεξάγεται σύμφωνα με το σύστημα ανάθεσης εντολών. Αυτό για εσάς μεταφράζεται συνήθως σε ελάχιστο χρόνο αναμονής. Ιατρικά απαραίτητες, μη προβλέψιμες θεραπείες μπορούν ωστόσο να οδηγήσουν κάποιες φορές στη μη τήρηση των ακριβών ραντεβού. Παρακαλούμε για την κατανόησή σας. Σε περίπτωση που δεν μπορείτε να τηρήσετε κάποιο ραντεβού, ενημερώστε μας όσο το δυνατόν πιο σύντομα, δηλ. το αργότερο 24 ώρες πριν από το ραντεβού. Αν προσέλθετε στο ιατρείο μας λόγω κάποιου έκτακτου περιστατικού (π.χ. οξύς πόνος), θα πρέπει να υπολογίσετε κάποιον χρόνο αναμονής.

Ως ασθενής ασφαλισμένος στην κρατική ασφάλιση υγείας οφείλετε να μας υποβάλλετε οπωσδήποτε την κάρτα ασφάλισης υγείας το αργότερο 10 μέρες μετά από την έναρξη της θεραπείας. Διαφορετικά θα είστε υποχρεωμένοι να αναλάβετε εσείς οι ίδιοι τα έξοδα της θεραπείας. Ως ασθενής με υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, μπορείτε επίσης να χρησιμοποιήσετε την κάρτα ασφάλισης υγείας σας για να συμφωνήσετε με την ασφαλιστική σας εταιρεία ιδιωτική θεραπεία σύμφωνα με το άρθρο 13 του SGB V (αποζημίωση δαπάνης) αντί για θεραπεία από οδοντίατρο της ασφαλιστικής εταιρείας. Μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό από την ασφαλιστική σας εταιρεία.

Ασθενής

Κύριος/κυρία/παιδί

Επώνυμο	Όνομα	Ημ. γέννησης

Διεύθυνση

Οδός/αριθμός	e-mail*	Τόπος γέννησης
Ταχ. κώδικας/πόλη	Σταθερό ή κινητό τηλέφωνο	

Επάγγελμα του/της ασθενούς

Εργοδότης	
☐ Μαθητής/φοιτητής	

Διεύθυνση του εργοδότη*

Οδός/αριθμός	Ταχ. κώδικας/πόλη	Τηλέφωνο

Εφόσον υπάρχει, νόμιμος/η εκπρόσωπος ή διαφορετικός/ή παραλήπτης/τρια λογαριασμού (σε παιδιά κηδεμόνες/ας)

Διεύθυνση

Επώνυμο	Όνομα	Ημ. γέννησης
Οδός/αριθμός	e-mail*	
Ταχ. κώδικας/πόλη	Σταθερό ή κινητό τηλέφωνο	

Επάγγελμα νόμιμου/ης εκπροσώπου ή διαφορετικού/ής παραλήπτη/τριας λογαριασμού*

Εργοδότης	
☐ Μαθητής/φοιτητής	

Διεύθυνση του εργοδότη*

Οδός/αριθμός	Ταχ. κώδικας/πόλη	Τηλέφωνο

Όνομα του φορέα ανάληψης εξόδων

(ταμείο υγείας ή ασφάλεια)

--	--	--

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Υπόκειμαι σε υποχρεωτική ασφάλιση. | ☐ Διαθέτω ιδιωτική ασφάλιση. | ☐ Επέλεξα την επιστροφή εξόδων σύμφωνα με το άρθρο 13 του Κώδικα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (SGB) V. |
| ☐ Υπόκειμαι σε εθελοντική ασφάλιση. | ☐ Είμαι ασφαλισμένος/η στην κανονική κατηγορία ασφάλισης. | ☐ Είμαι ανασφάλιστος/η. |
| ☐ Δικαιούμαι επίδομα. | ☐ Είμαι ασφαλισμένος/η στην βασική κατηγορία ασφάλισης. | ☐ Δικαιούμαι επίδομα (υπηρεσία πρόνοιας, υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας). |
| ☐ Διαθέτω συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση. | | |

Για το φύλλο ασθενούς παρακαλούμε να μας δώσετε τις ακόλουθες πληροφορίες που υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο και στην προστασία δεδομένων και οι οποίες αντιμετωπίζονται από εμάς ως εμπιστευτικές. Παρακαλούμε και στο μέλλον να μας ενημερώνετε σχετικά με κάθε αλλαγή στην κατάσταση της υγείας σας, στη διεύθυνσή σας και την ασφαλιστική σας κατάσταση!

Σημειώστε σε όλες τις ερωτήσεις το σωστό με σταυρό.

1. Είχατε/έχετε μια από τις ακόλουθες ασθένειες;

a)	ναι	όχι		ναι	όχι		ναι	όχι
Άσθμα (βαριά δύσπνοια)	☐	☐	Αιματολογικές νόσοι	☐	☐	Ηπατίτιδα Α/Β/Γ (ίκτερος)	☐	☐
Διαβήτης	☐	☐	Διαταραχές πήξης του αίματος	☐	☐	Διαταραχές παροξυσμού (επιληψία)	☐	☐
Ρευματισμοί	☐	☐	Καρδιακό ελάττωμα	☐	☐	Νόσοι του θυρεοειδούς	☐	☐
Οστεοπόρωση	☐	☐	Ενδοκαρδίτιδα	☐	☐	Νεφρικές δυσλειτουργίες	☐	☐
Φυματίωση (TBC)	☐	☐	Νοσοκομειακό μικρόβιο MRSA	☐	☐	Νόσος Creutzfeldt-Jakob	☐	☐
HIV-λοίμωξη	☐	☐	Νόσοι του ήπατος	☐	☐	Όγκος/καρκίνωμα/καρκίνος	☐	☐

Λοιπές πληροφορίες / λοιπές ασθένειες

Ο οικογενειακός σας ιατρός:

Επώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο
Οδοντιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας*		
Επώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο

b)	Υπάρχουν αλλεργίες;	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, ποιες;	
	Διαθέτετε βιβλιάριο αλλεργιών;	☐ ναι ☐ όχι		
c)	Έμφραγμα μυοκαρδίου	☐ ναι ☐ όχι		
	Εγκεφαλικό επεισόδιο	☐ ναι ☐ όχι		
	Παράλυση	☐ ναι ☐ όχι		
	Παίρνετε αντιπηκτικά φάρμακα;	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, ποιες;	
d)	Έχετε υπερβολικά υψηλή αρτηριακή πίεση;	☐ ναι ☐ όχι	Έχετε υπερβολικά χαμηλή αρτηριακή πίεση;	☐ ναι ☐ όχι
2.	Φοράτε βηματοδότη;	☐ ναι ☐ όχι		
	Φέρετε προσθετική καρδιακή βαλβίδα;	☐ ναι ☐ όχι		
3.	Λαμβάνετε διφωσφονικά;	☐ ναι ☐ όχι		
	Λαμβάνετε αναστολέα αιμοπεταλίων;	☐ ναι ☐ όχι		
	Λαμβάνετε τακτικά φάρμακα;	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, ποιες;	
4.	Καπνίζετε	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;	
5.	Ροχαλίζετε;	☐ ναι ☐ όχι		
6.	φίσταται κάποια νόσος εθισμού;	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, ποιες;	
7.	φίσταται εγκυμοσύνη;	☐ ναι ☐ όχι ☐ άγνωστο	εβδομάδα κύησης	
8.	Υπάρχει/υπήρχε τραυματισμός από ατύχημα στην περιοχή του στόματος, της γνάθου ή του προσώπου;	☐ ναι ☐ όχι	Ημερομηνία ατυχήματος	
			Είδος τραυματισμού	
9.	Υφίσταται ανάγκη μακροχρόνιας περίθαλψης σύμφωνα με την § 15 του 5ου Βιβλίου του Γερμανικού Κώδικα Κοινωνικής Νομοθεσίας (SGB V);	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, σε ποιο βαθμό;	
10.	Υφίσταται βοήθεια ένταξης σύμφωνα με την § 99 του 9ου Βιβλίου του Γερμανικού Κώδικα Κοινωνικής Νομοθεσίας (SGB IX);	☐ ναι ☐ όχι	Αν ναι, ποιες;	
11.	Προτιμάτε τη διεξαγωγή της θεραπείας με τοπική αναισθησία;	☐ ναι ☐ όχι	Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη σας ότι η ικανότητα οδήγησης μπορεί να επηρεαστεί για αρκετές ώρες από την επήρεια φαρμάκων ή τις ενέσεις για την τοπική αναισθησία.	
12.	Διαθέτετε βιβλιάριο ακτινογραφιών;	☐ ναι ☐ όχι		
	Πότε κάνατε την τελευταία ακτινογράφιση/αξονική τομογραφία; (Ημερομηνία/μέλος του σώματος)			
13.	Διαθέτετε βιβλιάριο μπόλους;	☐ ναι ☐ όχι		
	Πότε κάνατε τον τελευταίο επαγγελματικό καθαρισμό δοντιών;			
14.	Χρησιμοποιείτε τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς;	☐ ναι ☐ όχι		

Πώς ή από ποιον μάθατε για το ιατρείο μας;*

Με την υπογραφή μου βεβαιώνω την πληρότητα και την ορθότητα των προαναφερόμενων στοιχείων μου.

Ημερομηνία

Υπογραφή ασθενούς ή κηδεμόνα