

Prijava I Anamneza

Poštovani pacijenti,

hvala vam što ste došli na liječenje u našu ordinaciju. Ordinacija se vodi prema sustavu naručivanja. To u pravilu znači da ćete samo kratko čekati. Ipak, medicinski nužne, nepredvidive mjere liječenja mogu dovesti do nemogućnosti da se točno pridržavamo termina u svim slučajevima. Molimo vas za razumijevanje. Ako ne možete doći na neki termin koji ste dogovorili s nama, molimo vas da nam to javite što prije tj. najkasnije 24 sata unaprijed. Dodete li u našu ordinaciju zbog nepredvidivih hitnih slučajeva (npr. akutnih bolova), morate računati s čekanjem.

Kao obvezno osiguran/a pacijent/ica morate nam predložiti svoju karticu zdravstvenog osiguranja najkasnije 10 dana nakon početka liječenja jer ćemo vam u protivnome morati privatno naplatiti troškove liječenja. Kao obvezno osigurani/a pacijent/ica, kao alternativu zubarskom liječenju putem kartice zdravstvenog osiguranja, sa svojim zdravstvenim osiguranjem možete dogovoriti provođenje liječenja na privatni račun u prema § 13 SGB V (Socialni zakonik) (nadoknada troškova). Dodatne informacije o tome možete zatražiti od svog pružatelja zdravstvenog osiguranja.

Pacijent/ica

Gospodin/gospođa/dijete

Ime	Prezime	Rođ.

Adresa

Ulica / kućni broj	E-pošta*	Mjesto rođenja
Poštanski broj / mjesto	Broj telefona ili mobilnog telefona	

Zanimanje pacijenta/ice

Poslodavac	
☐ Učenik/student	

Adresa poslodavca*

Ulica / kućni broj	Poštanski broj / mjesto	Telefon

Ako je potrebno, zakonski zastupnik/ca ili različiti/a primatelj/ica fakture (za djecu skrbnik)

Ime	Prezime	Rođ.

Adresa

Ulica / kućni broj	E-pošta*	
Poštanski broj / mjesto	Broj telefona ili mobilnog telefona	

Zanimanje zakonskog zastupnika/ce ili različitog/e primatelja/ice fakture*

Poslodavac	
☐ Učenik/student	

Adresa poslodavca*

Ulica / kućni broj	Poštanski broj / mjesto	Telefon

Naziv nositelja troškova

(organizacija zdravstvenog osiguranja ili osiguravajuće društvo)

--	--	--

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Ja sam korisnik/ica obveznog osiguranja | ☐ Ja sam korisnik/ica privatnog osiguranja | ☐ Odabrao/la sam nadoknadu troškova prema čl. 13. SGB V |
| ☐ Ja sam korisnik/ica dobrovoljnog osiguranja | ☐ Ja sam korisnik/ica standardne tarife osiguranja | ☐ Nisam osiguran/a |
| ☐ Ja sam nositelj/ica prava na novčanu potporu za vladine službenike i vojnike | ☐ Ja sam korisnik/ica osnovne tarife osiguranja | ☐ Ja sam nositelj/ica prava na novčanu pomoć (Sozialamt [Centar za socijalnu skrb], Versorgungsamt [Ured za socijalno osiguranje]) |
| ☐ Ja sam korisnik/ica privatnoga dodatnog osiguranja | | |

Molimo vas da dostavite sljedeće informacije za svoj zdravstveni karton koje podliježu obvezi čuvanja liječničke tajne i zaštiti podataka, a s kojima ćemo postupati strogo povjerljivo. Molimo da našoj ordinaciji javite buduće promjene svojega zdravstvenog stanja, adrese i statusa osiguranja!

Za sva pitanja označite odgovarajuće odgovore.

1. Imate li ili ste imali neku od sljedećih bolesti?

a)	Da	Ne		Da	Ne		Da	Ne
Astma	☐	☐	Krvne bolesti	☐	☐	Hepatitis A/B/C	☐	☐
Dijabetes	☐	☐	Poremećaji zgrušavanja krvi	☐	☐	Epilepsija	☐	☐
Reuma	☐	☐	Srčana mana	☐	☐	Bolesti štitnjače	☐	☐
Osteoporoza	☐	☐	Endokarditis	☐	☐	Poremećaji rada bubrega	☐	☐
Tuberkuloza	☐	☐	Bolnički patogen MRSA (zlatni stafilocok)	☐	☐	Creutzfeldt-Jakobova bolest	☐	☐
Infekcija HIV-om	☐	☐	Bolesti jetre	☐	☐	Tumor/karcinom/rak	☐	☐

Ostali podaci / ostale bolesti

Vaš obiteljski liječnik:

Ime	Adresa	Telefon
Dosadašnja ordinacija dentalne medicine*		
Ime	Adresa	Telefon

b) Patite li od alergija?	☐ Da ☐ Ne	Ako da, od kojih?	
Imate li potvrdu o alergiji?	☐ Da ☐ Ne		

c) Srčani infarkt	☐ Da ☐ Ne		
Moždani udar	☐ Da ☐ Ne		
Paraliza	☐ Da ☐ Ne		
Uzimate li sredstva za razrjeđivanje krvi?	☐ Da ☐ Ne	Ako da, od kojih?	

d) Imate li visoki krvni tlak?	☐ Da ☐ Ne	Imate li nizak krvni tlak?	☐ Da ☐ Ne
--------------------------------	---	----------------------------	---

2. Imate li elektrostimulator srca?	☐ Da ☐ Ne		
Imate li umjetni srčani zalistak?	☐ Da ☐ Ne		

3. Uzimate li biofosfonate?	☐ Da ☐ Ne		
Uzimate li imunosupresive?	☐ Da ☐ Ne		
Uzimate li redovito lijekove?	☐ Da ☐ Ne	Ako da, od kojih?	

4. Pušite li?	☐ Da ☐ Ne	Ako da, koliko cigareta dnevno?	
---------------	---	---------------------------------	--

5. Hrčete li?	☐ Da ☐ Ne		
---------------	---	--	--

6. Patite li od estehen ovisnosti?	☐ Da ☐ Ne	Ako da, od kojih?	
------------------------------------	---	-------------------	--

7. Jeste li trudni?	☐ Da ☐ Ne ☐ Nisam sigurna	Tjedan trudnoće	
---------------------	--	-----------------	--

8. Imate li ili ste imali ozljedu u području usta, vilice ili lica uslijed nesreće?	☐ Da ☐ Ne	Datum nesreće	
		Vrsta ozljede	

9. Jeste li ovisni o skrbi u smislu članka 15. SGB V?	☐ Da ☐ Ne	Ako jeste, koja je težina ovisnosti o skrbi?	
---	---	--	--

10. Jeste li ovisni o kompenzacijskom davanju za hendikepiranost u smislu čl. 99. SGB-a (njemački Socijalni zakonik) IX.?	☐ Da ☐ Ne	Ako da, od kojih?	
---	---	-------------------	--

11. Biste li po potrebi bili spremni na liječenje pod lokalnom anestezijom?	☐ Da ☐ Ne	Imajte na umu da sposobnost upravljanja vozilima može biti smanjena nekoliko sati pod utjecajem lijekova ili injekcija za lokalnu anesteziju.	
---	---	---	--

12. Imate li potvrdu o rendgenskom snimanju?	☐ Da ☐ Ne		
Kad je obavljen zadnji pregled rendgenom / računalnom tomografijom? (datum / dio tijela)			

13. Imate li knjižicu za kontrolne preglede kod zubara (Bonusheft)?	☐ Da ☐ Ne		
Kad ste zadnji put obavili profesionalno čišćenje zuba?			

14. Upotrebljavate li elektronički zdravstveni karton?	☐ Da ☐ Ne		
--	---	--	--

Kako odn. od koga ste saznali za našu ordinaciju:*

Vlastoručnim potpisom potvrđujem potpunost i ispravnost svojih prethodnih podataka.

Datum

Potpis pacijenta/ice ili skrbnika/ice