

ثبت نام | شرح حال پزشکی

بیمار عزیز،

شما باید به عنوان بیماری که دارای بیمه خدمات درمانی قانونی است، کارت بیمه خدمات درمانی خود را حتماً حداکثر 10 روز پس از شروع درمان به ما ارائه دهید، زیرا در غیر این صورت هزینه های درمان باید به صورت خصوصی محاسبه و منظور شود. شما به عنوان یک بیمار دارای بیمه قانونی، به عنوان گزینه دیگر برای درمان دندانپزشکی از سوی صندوق دندانپزشکان از طریق کارت بیمه درمان، همچنین می توانید با شرکت بیمه درمان تان هماهنگ کنید که درمان از طریق صورتحساب شخصی بر اساس ماده 13 از SGB V (تقبل هزینه ها) انجام شود. برای کسب اطلاعات بیشتر با شرکت بیمه درمان تان تماس بگیرید.

از اینکه برای درمان خود به مطب ما آمده اید از شما خیلی متشکریم. این امر بر اساس سیستم ثبت سفارش انجام می شود. قاعدتاً این به معنای زمان انتظار مختصر برای شما می باشد. با این وجود اقدامات درمانی غیرقابل پیش بینی و ضروری از نظر پزشکی ممکن است باعث شوند که نوبت های مراجعه به پزشک در هر مورد به صورت دقیق رعایت نشوند. از شما خواهیم دید این مسئله را در نظر داشته باشید. در صورتی که نتوانید در زمان مورد توافق با ما در مطب حاضر شوید، لطفاً آن را در سریع ترین زمان ممکن، - یعنی حداقل 24 ساعت قبل - لغو نمایید. اگر به دلیل موارد اورژانسی غیر قابل پیش بینی (به عنوان مثال دردهای حاد) به مطب ما مراجعه نمایید، باید زمان انتظار را محتمل بدانید.

بیمار

آقای/خانم/کودک

نام خانوادگی	نام	متولد
--------------	-----	-------

آدرس

خیابان/پلاک	ایمیل*	محل تولد
-------------	--------	----------

کدپستی/مکان

تلفن یا موبایل

شغل بیمار

کارفرما

☐ دانش آموز/دانشجو

آدرس کارفرما*

خیابان/پلاک	کد پستی/مکان	تلفن
-------------	--------------	------

احیاناً نماینده قانونی یا گیرنده

جایگزین صورتحساب

(در مورد فرزندان، سرپرست قانونی)

آدرس

نام خانوادگی	نام	متولد
--------------	-----	-------

خیابان/پلاک

ایمیل*

کدپستی/مکان

تلفن یا موبایل

شغل نماینده قانونی یا گیرنده جایگزین

صورتحساب*

کارفرما

☐ دانش آموز/دانشجو

آدرس کارفرما*

خیابان/پلاک	کد پستی/مکان	تلفن
-------------	--------------	------

نام پرداخت کننده هزینه ها

(بیمه خدمات درمانی یا بیمه)

--

☐ من بازپرداخت هزینه ها مطابق ماده 13 جلد پنجم قانون رفاه اجتماعی (SGB V) را انتخاب کرده ام

☐ من تحت پوشش بیمه نیستم

☐ من مستحق دریافت کمک هزینه هستم (Sozialamt) [اداره رفاه اجتماعی] Versorgungsam] اداره امور مستمری بگیران]]

☐ من تحت پوشش بیمه خصوصی هستم

☐ من تحت پوشش بیمه با تعرفه استاندارد هستم

☐ من تحت پوشش بیمه با تعرفه پایه هستم

☐ من تحت پوشش بیمه اجباری هستم

☐ من تحت پوشش بیمه اختیاری هستم

☐ من مستحق دریافت کمک مالی هستم

☐ من تحت پوشش بیمه تکمیلی خصوصی هستم

لطفاً به صفحه پشت توجه نمایید!

* اطلاعات اختیاری

ما برای ثبت در سابقه پزشکی شما درخواست می کنیم که اطلاعات زیر را ارائه نمایید. این اطلاعات مشمول التزام به حفظ اسرار پزشکی و حفظ حریم خصوصی بوده و به صورت کاملاً محرمانه توسط ما بررسی می شوند. لطفاً تغییرات وضعیت سلامتی، آدرس و وضعیت بیمه خود را در آینده نیز به مطب ما اطلاع دهید!

لطفاً پاسخ صحیح را در هر یک از سوالات زیر درج کنید.

1. آیا به یکی از بیماری های زیر مبتلا بوده اید/هستید؟

بله	خیر	هیپاتیت A/B/C	بله	خیر	بیماری های خونی	بله	خیر	(a)	تنگی نفس
☐	☐		☐	☐	اختلال انعقاد خون	☐	☐		دیابت
☐	☐	صرع	☐	☐	نقص قلبی	☐	☐		روماتیسم
☐	☐	بیماری های غدد تیروئید	☐	☐	اندوکاردیت	☐	☐		پوکی استخوان
☐	☐	اختلالات عملکرد کلیه	☐	☐	عفونت بیمارستانی MRSA	☐	☐		سل
☐	☐	بیماری کروتسفلد جاکوب	☐	☐	بیماری های کبد	☐	☐		عفونت HIV-
☐	☐	تومور اکاز سینوم/سرطان	☐	☐					

سایر اطلاعات / بیماری های دیگر

پزشک خانواده شما:

تلفن

آدرس

نام مطب دندانپزشکی انجام دهنده درمان اولیه*

تلفن

آدرس

نام

(b)	آیا حساسیت دارید؟	بله ☐	خیر ☐	در صورت مثبت بودن جواب، از چه نوعی؟
	آیا گواهی حساسیت دارید؟	بله ☐	خیر ☐	

(c)	سکته قلبی	بله ☐	خیر ☐	
	سکته مغزی	بله ☐	خیر ☐	
	فلج اعضا	بله ☐	خیر ☐	

	آیا از داروهای رقیق کننده خون استفاده می کنید؟	بله ☐	خیر ☐	در صورت مثبت بودن جواب، چه داروهایی؟
(d)	فشار خون بالا دارید؟	بله ☐	خیر ☐	فشار خون پایین دارید؟

	هل تست عمل منظم لثربات القلب؟	بله ☐	خیر ☐	
	آیا شما یک دریچه قلب مصنوعی دارید؟	بله ☐	خیر ☐	

3.	شما بیس فسفونات مصرف می کنید؟	بله ☐	خیر ☐	
	شما داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی مصرف می کنید؟	بله ☐	خیر ☐	در صورت مثبت بودن جواب، چه داروهایی؟

	آیا به طور منظم دارو مصرف می کنید؟	بله ☐	خیر ☐	
4.	آیا سیگار می کشید؟	بله ☐	خیر ☐	اگر بله، چند سیگار در روز مصرف می کنید؟

	آیا شما خر و پف می کنید؟	بله ☐	خیر ☐	
6.	آیا دارای اعتیاد هستید؟	بله ☐	خیر ☐	در صورت مثبت بودن جواب، چه داروهایی؟

7.	آیا باردار هستید؟	بله ☐	خیر ☐	مشخص نیست ☐
	آیا در ناحیه دهان، فک یا صورت آسیب دیدگی ناشی از سانحه وجود دارد؟	بله ☐	خیر ☐	تاریخ سانحه

	آیا نیاز به مراقبت به مفهوم مندرج در ماده 15 جلد پنجم قانون رفاه اجتماعی (SGB V) وجود دارد؟	بله ☐	خیر ☐	در صورت مثبت بودن جواب، در چه حد؟
10.	آیا یک کمک ادغام بر اساس ماده 99 از کتاب نهم قانون رفاه اجتماعی (SGB IX) وجود دارد؟	بله ☐	خیر ☐	در صورت مثبت بودن جواب، چه داروهایی؟

11.	در صورت لزوم، آیا درمان با بی حسی موضعی برای شما دارای اهمیت است؟	بله ☐	خیر ☐	لطفاً توجه داشته باشید که مهارت رانندگی تحت تأثیر داروها یا تزریقات جهت بی حسی موضعی ممکن است برای چندین ساعت مختل شود.
12.	آیا مدرک رادیوگرافی دارید؟	بله ☐	خیر ☐	آخرین باری که شما معاینه رادیوگرافی/توموگرافی کامپیوتری (سی تی اسکن) داشتید چه زمانی بود؟ (تاریخ/عضو بدن)

13.	آیا Bonusheft [دفترچه تخفیف] دارید؟	بله ☐	خیر ☐	آخرین پاکسازی دندان حریفه ای برای شما در چه زمانی انجام شد؟
14.	آیا از پرونده پزشکی الکترونیک استفاده می کنید؟	بله ☐	خیر ☐	

چگونه توسط چه کسی متوجه مطب ما شدید:*

من با امضایم کامل بودن و صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.

امضای بیمار یا سرپرست قانونی

تاریخ