

Rejestracja I Przebieg choroby

Droga pacjentko, drogi pacjencie,

dziękujemy bardzo, że przybyli Państwo do naszego gabinetu dentystycznego w celu przeprowadzenia leczenia stomatologicznego. Jest ono realizowane zgodnie z naszym systemem zamówieniowym. Z reguły oznacza to krótszy czas oczekiwania. Jednakże konieczne z punktu widzenia stomatologicznego, niemożliwe do przewidzenia zabiegi stomatologiczne mogą prowadzić do tego, że terminy nie mogą zostać zawsze dokładnie przestrzegane. Dlatego prosimy o Państwa wyrozumiałość. Jeżeli nie są Państwo w stanie dotrzymać uzgodnionego terminu, prosimy o powiadomienie nas o tym w miarę możliwości w odpowiednim czasie, tzn. najpóźniej 24 godziny przed terminem. Jeżeli przyjdą Państwo do naszego gabinetu ze względu na nieprzewidziane nagle wypadki (np.

ostre bóle), muszą się Państwo liczyć z dłuższym czasem oczekiwania.

Wszyscy pacjenci posiadający ubezpieczenie ustawowe od chorób, muszą nam przedłożyć kartę ubezpieczenia zdrowotnego najpóźniej 10 dni po rozpoczęciu leczenia, ponieważ w przeciwnym wypadku będziemy Państwa musieli prywatnie obciążyć kosztami leczenia. Ustawowo ubezpieczeni pacjenci mogą także uzgodnić ze swoją kasą chorych za pośrednictwem karty ubezpieczenia zdrowotnego, aby leczenie było przeprowadzone na rachunek prywatny wg § 13 SGB V (zwrot kosztów) zamiast refundacji z kasy chorych. Więcej informacji na ten temat udzieli kasa chorych.

Pacjent/pacjenta

Pan/pani/dziecko

Nazwisko	Imię	ur. w dniu

Adres

ul./nr domu	E-Mail*	Miejsce urodzenia
Kod pocztowy/ miejscowość	Telefon domowy lub komórkowy	

Zawód pacjenta

Pracodawca	
☐ Uczennica (uczeń)/studentka (student)	

Adres pracodawcy*

ul./nr domu	Kod pocztowy/ miejscowość	Telefon

Ew. przedstawiciel ustawowy lub inny adresat rachunku

(w przypadku dzieci opiekuni ustawowi)

Nazwisko	ur. w dniu

Adres

ul./nr domu	E-Mail*
Kod pocztowy/ miejscowość	Telefon domowy lub komórkowy

Zawód przedstawiciela ustawowego lub innego adresata rachunku*

Pracodawca	
☐ Uczennica (uczeń)/studentka (student)	

Adres pracodawcy*

ul./nr domu	Kod pocztowy/ miejscowość	Telefon

Nazwa podmiotu przejmującego koszty

(kasa chorych lub firma ubezpieczeniowa)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Jestem ubezpieczona (-y) obowiązkowo | ☐ Posiadam ubezpieczenie prywatne | ☐ Wybrałam zwrot kosztów zgodnie z §13 SGB V |
| ☐ Jestem ubezpieczony dobrowolnie | ☐ Jestem ubezpieczona (-y) w ramach taryfy standardowej | ☐ Nie jestem ubezpieczona (-y) |
| ☐ Jestem uprawniona (-y) do zapomogi | ☐ Jestem ubezpieczona (-y) w ramach taryfy podstawowej | ☐ Jestem uprawniona (-y) do dopłat (ze strony Sozialamt [urzędu socjalnego], Versorgungsamt [urzędu zaopatrzenia dla poszkodowanych w czasie wojny]) |
| ☐ Posiadam dodatkowe ubezpieczenie prywatne | | |

W celu wypełnienia Państwa karty chorych, prosimy o podanie następujących informacji, które podlegają obowiązkowi zachowania tajemnicy lekarskiej i ochronie danych osobowych, i są przez nas traktowane poufnie. Proszę w przyszłości informować nasz gabinet dentystyczny o zmianach Państwa stanu zdrowia, adresu i statusu ubezpieczenia!

Dla wszystkich pytań właściwe odpowiedzi zaznaczyć krzyżykiem.

1. Czy chorowali/ chorują Państwo na jedną z następujących chorób?

a)	tak	nie		tak	nie		tak	nie
astma (poważne problemy z oddychaniem)	☐	☐	choroby krwi	☐	☐	hepatitis A/B/C (żółtaczką)	☐	☐
cukrzyca	☐	☐	problemy z krzepiwością krwi	☐	☐	padaczka (epilepsja)	☐	☐
reumatyzm	☐	☐	wada serca	☐	☐	choroby tarczycy	☐	☐
osteoporoza	☐	☐	zapalenie wsierdza	☐	☐	Zaburzenia pracy nerek	☐	☐
tuberkuloza	☐	☐	zakażenie szpitalne MRSA	☐	☐	choroba Creutzfeldta-Jakoba	☐	☐
infekcja HIV	☐	☐	choroby wątroby	☐	☐	guz/ nowotwór/ rak	☐	☐

Pozostałe dane/inne choroby

Państwa lekarz pierwszego kontaktu:

Nazwisko

Adres

Telefon

Gabinet stomatologiczny przeprowadzający wcześniejsze leczenie*

Nazwisko

Adres

Telefon

b) Czy cierpią Państwo na jakieś alergie?	☐ tak ☐ nie	Jeżeli tak, które?	
Czy posiadają Państwo książeczkę alergika?	☐ tak ☐ nie		

c) zawał serca	☐ tak ☐ nie		
udar mózgu	☐ tak ☐ nie		
Paraliż	☐ tak ☐ nie		
Czy zażywa Pani/Pan środki rozrzedzające krew?	☐ tak ☐ nie	Jeżeli tak, które?	

d) Czy występuje zbyt wysokie ciśnienie krwi?	☐ tak ☐ nie	Czy występuje zbyt niskie ciśnienie krwi?	☐ tak ☐ nie
---	---	---	---

2. Czy używają Państwo rozrusznika serca? ☐ tak ☐ nie

Czy używają Państwo sztucznej zastawki serca? ☐ tak ☐ nie

3. Czy przyjmowane są bisfosfoniany? ☐ tak ☐ nie

Czy przyjmowane są leki immunosupresyjne? ☐ tak ☐ nie

Czy zażywają Państwo regularnie leków? ☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, które?

4. Czy palą Państwo? ☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, ile papierosów dziennie?

5. Czy Pani/Pan chrapie? ☐ tak ☐ nie

6. Istnieją uzależnienia? ☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, które?

7. Czy jest Pani w ciąży? ☐ tak ☐ nie ☐ nie wiadomo

Ew. w którym tygodniu?

8. Czy doznali/ mają Państwo obrażeń jamy ustnej, szczęki lub w rejonie twarzy z powodu wypadku? ☐ tak ☐ nie

Data wypadku

Rodzaj urazu

9. Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną w rozumieniu § 15 SGB V (księgi V niemieckiego Kodeksu socjalnego)? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, w jakim stopniu?

10. Czy jest Pan/Pani osobą kwalifikującą się do otrzymywania zasiłku integracyjnego w rozumieniu § 99 SGB IX (księgi IX niemieckiego Kodeksu socjalnego)? ☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, które?

11. Czy przykładają Państwo wagę do leczenia ze znieczuleniem miejscowym? ☐ tak ☐ nie

Proszę wziąć pod uwagę, że z powodu wpływu leków i znieczulików do miejscowego znieczulenia, może być ograniczona przez kilka godzin.

12. Czy posiadają Państwo książeczkę prześwietleń rentgenowskich? ☐ tak ☐ nie

Kiedy odbyli Państwo ostatnie badanie rentgenowskie/ tomografię komputerową? (data/ część ciała)

13. Czy mają Państwo książeczkę premiovą? ☐ tak ☐ nie

Kiedy przeprowadzono u Państwa ostatnie profesjonalne czyszczenie zębów?

14. Czy korzystają Państwo z elektronicznej dokumentacji medycznej? ☐ tak ☐ nie

W jaki sposób/ dzięki komu zwrócili Państwo uwagę na naszą praktykę lekarską?

Poprzez swój podpis potwierdzam pełność i poprawność informacji podanych prze mnie powyżej.

Data

Podpis pacjentki/-ta lub opiekunów ustawowych