

# Registo | Historial clínico

## Estimado paciente,

Muito obrigado por escolher o nosso consultório para o tratamento. Este consultório é gerido de acordo com o sistema de pedidos. Isso significa que, por norma, os tempos de espera para si são muito reduzidos. No entanto, medidas de tratamento médico necessárias e não previstas podem levar a que os horários das consultas não possam, em todo o caso, ser exatamente cumpridos. Pedimos, por isso, a sua compreensão. Se não conseguir cumprir o horário de uma consulta marcada, por favor, anule-a o mais cedo possível, isto é, o mais tardar 24 horas antes. Se, devido a emergências imprevisíveis (por ex., dores fortes), tiver de vir ao nosso consultório, terá de contar com tempos de espera.

Como paciente inscrito no seguro de saúde obrigatório, terá de nos apresentar obrigatoriamente o cartão de saúde o mais tardar 10 dias após o início do tratamento, pois, caso contrário, os custos do tratamento terão de lhe ser cobrados de forma privada. Como paciente com seguro de saúde, em alternativa ao tratamento participado através do cartão de saúde, pode acordar com a sua companhia de seguros de saúde a realização de tratamentos com fatura privada de acordo com o § 13 SGB V (reembolso das despesas). Pode obter mais informações a este respeito junto da sua companhia de seguros de saúde.

### Paciente

Senhor/Senhora/Criança

Apelido	Nome	Data nasc.

Morada

Rua/n.º	E-mail*	Local de nascimento
Código Postal/Localidade	Telefone ou telemóvel	

Profissão do paciente

Entidade patronal	
<input type="checkbox"/> Aluno/Estudante	

Morada da entidade patronal\*

Rua/n.º	Código Postal/Localidade	Telefone

### Event. responsável legal ou destinatário da fatura diferente

(no caso de crianças, o responsável legal)

Morada

Apelido	Nome	Data nasc.
Rua/n.º	E-mail*	
Código Postal/Localidade	Telefone ou telemóvel	

Profissão do responsável legal ou destinatário da fatura diferente\*

Entidade patronal	
<input type="checkbox"/> Aluno/Estudante	

Morada da entidade patronal\*

Rua/n.º	Código Postal/Localidade	Telefone

### Nome da entidade pagadora

(caixa de previdência (Krankenkasse) ou seguro)

<input type="checkbox"/> Eu tenho seguro obrigatório	<input type="checkbox"/> Eu tenho seguro privado	<input type="checkbox"/> Eu escolhi o reembolso das despesas de acordo com o §13 SGB V
<input type="checkbox"/> Eu tenho seguro privado	<input type="checkbox"/> Eu tenho seguro de tarifa normal	<input type="checkbox"/> Eu não tenho seguro
<input type="checkbox"/> Eu sou beneficiário	<input type="checkbox"/> Eu tenho seguro de tarifa básica	<input type="checkbox"/> Eu sou beneficiário (segurança social (Sozialamt), serviço de pensões (Versorgungsamt))
<input type="checkbox"/> Eu tenho seguro suplementar privado		

Para a sua ficha médica necessitamos das seguintes informações que estão sujeitas ao sigilo profissional médico e à proteção de dados e que são tratadas por nós de forma estritamente confidencial. Por favor, comunique ao nosso consultório qualquer alteração futura no seu estado de saúde, na sua morada e nos termos do seu seguro!

Por favor, assinalar as casas aplicáveis de todas as perguntas.

1. Teve ou tem uma das seguintes doenças?

a)

Asma

☐ sim ☐ não

Diabetes

☐ sim ☐ não

Reumatismo

☐ sim ☐ não

Osteoporose

☐ sim ☐ não

Tuberculose

☐ sim ☐ não

Infeção pelo VIH

☐ sim ☐ não

Doenças sanguíneas

☐ sim ☐ não

Distúrbios da coagulação sanguínea

☐ sim ☐ não

Deficiência cardíaca

☐ sim ☐ não

Endocardite

☐ sim ☐ não

Infeção hospitalar MRSA

☐ sim ☐ não

Doenças hepáticas

☐ sim ☐ não

Hepatite A/B/C

☐ sim ☐ não

Epilepsia

☐ sim ☐ não

Doenças da tiroide

☐ sim ☐ não

Distúrbios renais

☐ sim ☐ não

Doença de Creutzfeldt-Jakob

☐ sim ☐ não

Tumor/Carcinoma/Cancro

☐ sim ☐ não

Outras informações/outras doenças

O seu médico de família:

Nome

Morada

Telefone

Consultório de dentista anterior\*

Nome

Morada

Telefone

b) Sofre de alguma alergia?

☐ sim ☐ não

Se sim, qual?

Possui um cartão de alergias?

☐ sim ☐ não

c) Enfarte

☐ sim ☐ não

AVC

☐ sim ☐ não

Paralisias

☐ sim ☐ não

Toma anticoagulantes?

☐ sim ☐ não

Se sim, quais?

d) Tem pressão arterial elevada?

☐ sim ☐ não

Tem pressão arterial baixa?

☐ sim ☐ não

2. Usa um pacemaker?

☐ sim ☐ não

Tem uma válvula cardíaca artificial?

☐ sim ☐ não

3. Toma biosfosfonatos?

☐ sim ☐ não

Toma imunossuppressores?

☐ sim ☐ não

Toma regularmente outros medicamentos?

☐ sim ☐ não

Se sim, quais?

4. Fuma?

☐ sim ☐ não

Em caso de resposta afirmativa, quantos cigar-ros por dia?

5. Ressona?

☐ sim ☐ não

6. Tem dependências?

☐ sim ☐ não

Se sim, quais?

7. Está grávida?

☐ sim ☐ não ☐ incerto

Event. que semana

8. Tem ou teve uma lesão na zona da boca, maxilar ou rosto?

☐ sim ☐ não

Data do acidente

Tipo de lesão

9. Existe uma necessidade de tratamento no âmbito do § 15 SGB V?

☐ sim ☐ não

Se sim, qual o grau de gravidade?

10. Existe um apoio à integração no âmbito do § 99 SGB IX?

☐ sim ☐ não

Se sim, qual?

11. Em caso de necessidade, prefere um tratamento com anestesia local?

☐ sim ☐ não

Por favor, tenha em consideração que a capacidade de conduzir pode ser influenciada durante várias horas quando está sob o efeito de medicamentos ou injeções para a anestesia local.

12. Possui uma ficha de registo das radiografias?

☐ sim ☐ não

Quando foi o último exame radiológico/TAC? (Data/Parte do corpo)

13. Possui um boletim de saúde oral (Bonusheft)?

☐ sim ☐ não

Quando é que foi realizada a última limpeza dentária profissional?

14. Utiliza a ficha clínica eletrónica do paciente?

☐ sim ☐ não

Como/quem lhe deu a conhecer o nosso consultório:\*

Com a minha assinatura confirmo que os dados supracitados são verdadeiros e estão completos.

Data

Assinatura do paciente ou responsável legal