

Registo I 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 comparticipado 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)

Apelido	Nome	Data nasc.
---------	------	------------

Morada

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)	sim	não	sim	não	sim	não		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbios da coagulação sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças da tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distúrbios renais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeção hospitalar MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença de Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeção pelo VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Carcinoma/Cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras informações/outras doenças

O seu médico de família:

Nome	Morada	Telefone
Consultório de dentista anterior*		

b) Sofre de alguma alergia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Possui um cartão de alergias?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

c) Enfarte	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
AVC	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Paralisias	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Toma anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, quais?	

d) Tem pressão arterial elevada?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Tem pressão arterial baixa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
----------------------------------	---	-----------------------------	---

2. Usa um pacemaker?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Tem uma válvula cardíaca artificial?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

3. Toma biosfosfonatos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Toma imunossupressores?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Toma regularmente outros medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, quais?	

4. Fuma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Em caso de resposta afirmativa, quantos cigarros por dia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
----------	---	---	---

5. Ressonava?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
6. Tem dependências?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, quais?	

7. Está grávida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> incerto	Event. que semana	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
------------------	--	-------------------	---

8. Tem ou teve uma lesão na zona da boca, maxilar ou rosto?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Data do acidente	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Tipo de lesão			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

9. Existe uma necessidade de tratamento no âmbito do § 15 SGB V?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, qual o grau de gravidade?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
--	---	-----------------------------------	---

10. Existe um apoio à integração no âmbito do § 99 SGB IX?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
--	---	---------------	---

11. Em caso de necessidade, prefere um tratamento com anestesia local?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
--	---	---	---

12. Possui uma ficha de registo das radiografias?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Quando foi o último exame radiológico/TAC? (Data/Parte do corpo)			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

13. Possui um boletim de saúde oral (Bonusheft)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Quando é que foi realizada a última limpeza dentária profissional?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

14. Utiliza a ficha clínica eletrónica do paciente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> 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