

Înregistrare | Anamneză

Stimată pacientă, stimate pacient,

vă mulțumim că ați ales cabinetul nostru pentru tratament. Acesta se derulează conform unui sistem de comenzi. De regulă, pentru dumneavoastră acest lucru înseamnă timpi de așteptare reduși. Cu toate acestea, anumite măsuri care nu pot fi prevăzute în avans, necesare din punct de vedere medical, pot determina ca programările să nu fie respectate cu exactitate de fiecare dată. Vă rugăm să aveți înțelegere în aceste situații. În cazul în care nu puteți respecta o programare făcută la noi, vă rugăm să o anulați cât de devreme posibil, deci cu cel puțin 24 de ore înainte. În cazul în care ajungeți în cabinetul nostru în situații de urgență (de ex. cu dureri acute), trebuie să luați în calcul faptul că este posibil să existe timpi de așteptare.

În calitate de pacient/-ă asigurat/-ă medical, trebuie să ne prezentați cardul de asigurat cel târziu 10 zile după începerea tratamentului, deoarece în caz contrar trebuie să vi se factureze direct costurile tratamentului. În calitate de pacient/-ă asigurat/-ă legal, puteți alege, ca alternativă la tratamentul la un cabinet stomatologic acoperit de cardul de asigurat, un tratament ale cărui costuri vă vor fi facturate dumneavoastră direct conform art. 13 SGB V (rambursarea cheltuielilor). Puteți obține informații suplimentare în acest sens de la Casa de Asigurări de Sănătate.

Pacient/-ă

Domnul/Doamna/Copil

Nume	Prenume	născ.

Adresa

Strada/nr. casă	E-mail *	Locul nașterii
Cod poștal/localitate	Telefon fix sau mobil	

Profesie pacient/-ă

Angajator	

☐ Elev/student

Adresa angajatorului*

Strada/nr. casă	Cod poștal/localitate	Telefon

Dacă este cazul, reprezentant/-ă legal/-ă sau destinatar/-ul facturii, în cazul în care este altă persoană
(în cazul copiilor, tutorele legal)

Adresa

Nume	Prenume	născ.
Strada/nr. casă	E-mail *	
Cod poștal/localitate	Telefon fix sau mobil	

Profesie reprezentant/-ă legal/-ă sau destinatar/-ul facturii, în cazul în care este altă persoană*

Angajator	

☐ Elev/student

Adresa angajatorului*

Strada/nr. casă	Cod poștal/localitate	Telefon

Numele entității care suportă costurile
(casa de sănătate sau asigurarea)

--	--	--

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Dețin asigurare obligatorie | ☐ Dețin asigurare privată | ☐ Am ales rambursarea cheltuielilor conform §13 SGB V |
| ☐ Dețin asigurare voluntară | ☐ Dețin asigurare la tarif standard | ☐ Nu dețin asigurare |
| ☐ Am dreptul la măsuri de ajutor financiar | ☐ Dețin asigurare la tarif de bază | ☐ Am dreptul la asigurări sociale (protecție socială, pensie |
| ☐ Dețin asigurare suplimentară privată | | |

Pentru fișa dumneavoastră de pacient avem nevoie de următoarele informații, care sunt supuse relației confidențiale medic-pacient și protecției datelor și vor fi tratate strict confidențial de către noi. Vă rugăm să comunicați cabinetului nostru și în viitor orice modificări ale stării dumneavoastră de sănătate, ale adresei și stării dumneavoastră de angajare!

Vă rugăm bifați la toate întrebările ceea ce se potrivește.

1. Aveți/ați avut una dintre următoarele afecțiuni?

a)

	da	nu		da	nu		da	nu
Astm	☐	☐	Afecțiuni ale sângelui	☐	☐	Hepatită A/B/C	☐	☐
Diabet	☐	☐	Coagulopatie	☐	☐	Epilepsie	☐	☐
Reumatism	☐	☐	Malformație cardiacă congenitală	☐	☐	Afecțiuni ale tiroidei	☐	☐
Osteoporoză	☐	☐	Endocardită	☐	☐	Afecțiuni renale	☐	☐
TBC	☐	☐	Infecție nosocomială MRS	☐	☐	Creutzfeldt-Jakob	☐	☐
Infecție cu HIV	☐	☐	Afecțiuni hepatice	☐	☐	Tumoare/carcinom/cancer	☐	☐

Alte informații/alte afecțiuni

Medicul dumneavoastră de familie:

Nume

Adresa

Telefon

Cabinet stomatologic de tratament prealabil*

Nume

Adresa

Telefon

b) Aveți alergii?

☐ da ☐ nu

dacă da, care?

Aveți un card de pacient alergic?

☐ da ☐ nu

c) Infarct

☐ da ☐ nu

Accident vascular cerebral

☐ da ☐ nu

Paralizii

☐ da ☐ nu

Luați anticoagulante?

☐ da ☐ nu

Dacă da, care?

d) Aveți tensiune arterială ridicată?

☐ da ☐ nu

Aveți tensiune arterială scăzută?

☐ da ☐ nu

2. Purtați un stimulator cardiac?

☐ da ☐ nu

Purtați valvă cardiacă artificială?

☐ da ☐ nu

3. Luați bifosfonați?

☐ da ☐ nu

Luați imunosupresoare?

☐ da ☐ nu

Luați medicamente în mod regulat?

☐ da ☐ nu

Dacă da, care?

4. Fumați?

☐ da ☐ nu

Dacă da, câte țigări pe zi?

5. Sforăiți?

☐ da ☐ nu

6. Suferiți de adicții

☐ da ☐ nu

Dacă da, care?

7. Sunteți însărcinată?

☐ da ☐ nu ☐ incert

dacă este cazul, în câte săptămâni

8. Suferiți/ați suferit de o leziune în zona gurii, maxilarului sau feței

☐ da ☐ nu

Data accidentului

Tipul leziunii

9. Este nevoie de îngrijire pe termen lung în sensul articolului 15 din SGB V?

☐ da ☐ nu

Dacă da, cât de grav?

10. Există sprijin în vederea integrării în sensul articolului 99 din SGB IX?

☐ da ☐ nu

Dacă da, care?

11. Dacă este necesar, acceptați tratamentul cu anestezie locală?

☐ da ☐ nu

Vă rugăm să țineți cont de faptul că abilitatea dumneavoastră de a conduce vehicule poate fi afectată timp de câteva ore dacă vă aflați sub influența medicamentelor sau injecțiilor pentru anestezia locală.

12. Aveți un card pentru radiografii?

☐ da ☐ nu

Când ați efectuat ultima radiografie/tomografie computerizată? (Data/partea corpului)

13. Aveți un carnet de bonificații?

☐ da ☐ nu

Când vi s-a efectuat ultima curățare profesională a danturii?

14. Utilizați documentele electronice ale pacienților?

☐ da ☐ nu

Cum ați aflat despre cabinetul nostru:*

Prin semnarea semnarea prezentei, confirm corectitudinea și exactitatea informațiilor de mai sus.