

Регистрация | Анамнез

Уважаемый пациент!

Мы благодарим Вас за то, что Вы решили обратиться к стоматологу в нашей практике. Лечение проводится по системе заказов. Как правило, это означает короткое время ожидания. Однако, непредвиденные меры лечения, необходимые с медицинской точки зрения, могут привести к тому, что нам не удастся полностью вложиться в установленное время. Мы просим учтеть это. Если Вы не сможете прийти к нам на лечение в назначенный срок, то мы просим сообщить нам об этом как можно раньше, т.е. самое позднее за 24 часа. Если Вам придется прийти в нашу практику в непредвиденном случае (напр., острые боли), примите во внимание, что Вам придется немножко подождать.

Если Вы состоите в государственной больничной кассе, Вы должны самое позднее через 10 дней после начала лечения предъявить нам страховую карточку больничной кассы, в противном случае нам придется выставить Вам лично в счет стоимость лечения. Если Вы как пациент(ка) застрахованы в государственной больничной кассе, то в качестве альтернативы лечению по страховой карточке больничной кассы Вы можете согласовать со своей больничной кассой лечение за свой счет в соответствии с § 13 SGB V (возмещение затрат). Дополнительную информацию на этот счет можно получить в больничной кассе.

Пациент
господин/госпожа/ребенок

Фамилия	Имя	Дата рождения.
---------	-----	----------------

Адрес

Улица/№ дома.	Эл. почта*	Место рождения
---------------	------------	----------------

Почтовый индекс/населенный пункт Номер домашнего или мобильного телефона

Профессия пациента/пациентки

Работодатель

Ученик/студент

Адрес работодателя *

Улица/№ дома	Почтовый индекс/населенный пункт	Телефон
--------------	----------------------------------	---------

Если имеется, законный представитель или другой получатель счета (для детей - лицо, имеющее право воспитывать ребенка)

Фамилия Имя Дата рождения.

Адрес

Улица/№ дома. Эл. почта*

Почтовый индекс/населенный пункт Номер домашнего или мобильного телефона

Профессия законного представителя или другого получателя счета*

Работодатель

Ученик/студент

Адрес работодателя *

Улица/№ дома	Почтовый индекс/населенный пункт	Телефон
--------------	----------------------------------	---------

Имя носителя затрат
(больничная кassa или страховая компания)

--	--	--

- Я застрахован(а) по обязательному страхованию Я застрахован(а) в частной страховой компании Я выбрал(а) возмещение затрат в соответствии с §13 SGB V
- Я застрахован(а) в добровольном порядке Я застрахован(а) по стандартному тарифу Я не застрахован(а)
- Я застрахован(а) с правом на пособие Я застрахован(а) по базисному тарифу Я имею право на дотацию (Sozialamt [учреждение социального обеспечения], Versorgungsamt [ведомство по социальным вопросам])
- У меня дополнительное частное страхование для лечения у стоматолога

Для карты больного мы просим предоставить нам следующую информацию, подлежащую врачебной обязанности неразглашения и защите данных, с которой мы будем обращаться строго конфиденциально. Мы также просим информировать нас в будущем об изменениях в состоянии здоровья, изменении адреса и статуса страхования
Отметьте крестиком нужный ответ на каждый из вопросов.

1. У Вас есть/были следующие болезни?

a)	да	нет	да	нет	да	нет		
Астма (тяжелая одышка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Заболевания крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Гепатит А/В/С (желтуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нарушения сворачиваемости крови больничный микроб - золотистый тафилококк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Падучая (эпилепсия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ревматизм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Порок сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Остеопороз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Эндоцардит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нарушения функции почек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	устойчивый к метициллину (MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Болезнь Крейтцфельда-Якоба	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВИЧ-инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Заболевания печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Тумор/карцинома/рак	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Прочая информация / другие заболевания

Ваш семейный врач:

Фамилия
Стоматолог, у которого Вы лечились раньше *

Адрес

Телефон

b) Имеются ли аллергии?

да нет

если да, какие?

У Вас есть паспорт аллергика?

да нет

Телефон

c) Инфаркт сердца

да нет

Апоплексический удар

да нет

Паралич

да нет

Вы принимаете кровоизливающие препараты?

да нет

Если да, какие?

d) У Вас бывает повышенное кровяное давление?

да нет

У Вас бывает пониженное кровяное давление?

да нет

2. Вы носите кардиостимулятор?

да нет

У вас есть искусственный сердечный клапан?

да нет

3. Вы принимаете бисфосфонаты?

да нет

Вы принимаете иммунодепрессанты?

да нет

Вы принимаете регулярно медикаменты?

да нет

Если да, какие?

4. Вы курите?

да нет

Если да, сколько сигарет в день?

5. Вы храпите?

да нет

6. Имеются ли зависимости?

да нет

Если да, какие?

7. Вы беременны?

да нет

не уверена

Если да, то на какой неделе

8. У Вас есть/была травма в зоне рта, челюсти или лица?

да нет

Дата получения травмы

Вид травмы

9. Нуждаетесь ли Вы в постороннем уходе согласно § 15 SGB V?

да нет

Если да, в какой степени ухода

10. Нужна ли Вам помощь в интеграции согласно § 99 SGB IX?

да нет

Если да, какие?

11. Вы предпочитаете лечение под местным наркозом?

да нет

Пожалуйста, учтите, что под воздействием медикаментов или укола для местного наркоза Ваша способность к управлению транспортным средством может быть ограничена в течение многих часов.

12. У Вас есть удостоверение, в которое вносятся рентгеновские снимки?

да нет

Когда был сделан последний рентгеновский снимок / компьютерная томография? (дата/часть тела)

13. У Вас есть Bonusheft [бонусная тетрадь]

да нет

Когда последний раз Вам проводилась профессиональная чистка зубов?

14. Используете ли Вы электронную карту пациента?

да нет

Как/от кого Вы узнали о нашей практике:*

Моей подписью я подтверждаю полноту и достоверность предоставленных мною выше данных.

Дата

Подпись больного или лица, имеющего право на воспитание ребенка