

# 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 учесть 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., острая боль), примите во внимание, что Вам придется немного 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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Фамилия	Имя	Дата рождения.

### Адрес

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Улица/№ дома.		Эл. почта*	Место рождения
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Почтовый индекс/населенный пункт		Номер домашнего или мобильного телефона	

### Профессия пациента/пациентки

<input type="text"/>		<input type="text"/>
		Работодатель
<input type="checkbox"/> Ученик/студент		

### Адрес работодателя \*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Улица/№ дома	Почтовый индекс/населенный пункт	Телефон

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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Фамилия	Имя	Дата рождения.

### Адрес

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Улица/№ дома.		Эл. почта*
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Почтовый индекс/населенный пункт		Номер домашнего или мобильного телефона

### Профессия законного представителя или другого получателя счета\*

<input type="text"/>		<input type="text"/>
		Работодатель
<input type="checkbox"/> Ученик/студент		

### Адрес работодателя \*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Улица/№ дома	Почтовый индекс/населенный пункт	Телефон

### Имя носителя затрат

(больничная касса или страховая компания)

<input type="text"/>		
----------------------	--	--

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

\* графа заполняется добровольно

Проверьте страницу!

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?

а)

да

нет

Астма (тяжелая одышка)

Диабет

Ревматизм

Остеопороз

Туберкулез

ВИЧ-инфекция

Заболевания крови

Нарушения сворачиваемости крови

Больничная микро - золотистый тафиллокок

Порок сердца

Эндокардит

устойчивый к метициллину (MRSA)

Заболевания печени

да

нет

Гепатит A/B/C (желтуха)

Падучая (эпилепсия)

Заболевания щитовидной железы

Нарушения функции почек

Болезнь Крейтцфельда-Якоба

Тумор/карцинома/рак

да

нет

Прочая информация / другие заболевания

Ваш семейный врач:

Фамилия

Адрес

Телефон

Стоматолог, у которого Вы лечились раньше \*

Фамилия

Адрес

Телефон

б) Имеются ли аллергии?

да

нет

если да, какие?

У Вас есть паспорт аллергика?

да

нет

в) Инфаркт сердца

да

нет

Апоплексический удар

да

нет

Паралич

да

нет

Вы принимаете кроворазжижающие препараты?

да

нет

Если да, какие?

д) 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

неуверена

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

Сервис расчетного центра DZR – Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR | Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

\* графа заполняется добровольно