

Kayıt | Hastanın geçmişi

Değerli Hastamız,

Diş tedavisi için muayenehanemizi tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz. Muayenehanemizde randevu sistemine göre işlem yapılmaktadır. Bu sizin için normalde kısa bekleme süreleri demektir. Ancak tıbben gerekli, öngörülemeyen tedavi faaliyetleri, randevulara her zaman kesin olarak uyulamamasına neden olabilmektedir. Bu konuda anlayış göstermenizi rica ediyoruz. Bizden aldığınız bir randevuya gelemeyeceğinizde, lütfen erkenden, yani en az 24 saat öncesinden haber veriniz. Öngörülemeyen acil durumlar (örn. akut ağrılar) nedeniyle muayenehanemize geldiğinizde, bekleme süresini göze almanız gerekmektedir.

Yasal sigortalı hasta olarak, sigorta kartınızı tedavi başlangıcından en geç 10 gün sonra ibraz etmeniz gerekmektedir, aksi takdirde tedavinin masrafları size özel olarak fatura edilmek zorundadır. Yasal sağlık sigortası olan bir hasta olarak, sigorta kartınızla sağlık sigortası kapsamında diş hekimi tedavisine alternatif olarak SGB V Madde 13 (maliyet geri ödemesi) uyarınca sağlık sigortası şirketinizle anlaşarak, şahsi faturalandırma üzerinden de tedavi görebilirsiniz. Bununla ilgili daha fazla bilgiyi sağlık sigortanızdan alabilirsiniz.

Hasta

Bay/Bayan/Çocuk

Soyadı		Adı	Doğum tarihi
--------	--	-----	--------------

Adresi

Cadde/Bina No.	E-posta*	Doğum yeri
Posta Kodu/Şehir		Ev telefonu veya cep telefonu

Hastanın mesleği

İşveren
☐ Öğrenci/Üniversite öğrencisi

İşverenin adresi*

Cadde/Bina No.	Posta Kodu/Şehir	Telefon
----------------	------------------	---------

Gerekirse yasal temsilci veya farklı fatura alıcısı

(çocuklarda ebeveyn)

Adresi

Soyadı	Adı	Doğum tarihi
Cadde/Bina No.	E-posta*	
Posta Kodu/Şehir	Ev telefonu veya cep telefonu	

Yasal temsilcinin veya farklı fatura alıcısının mesleği*

İşveren
☐ Öğrenci/Üniversite öğrencisi

İşverenin adresi*

Cadde/Bina No.	Posta Kodu/Şehir	Telefon
----------------	------------------	---------

Masrafları üstlenen kuruluşun adı

Üyenin mesleği*

--	--	--

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Zorunlu sigortalıyım | ☐ Özel sigortalıyım | ☐ §13 SGB V uyarınca ücret ödemesini seçtim |
| ☐ İsteğe bağlı sigortalıyım | ☐ Standart tarifeli sigortalıyım | ☐ Sigortalı değilim |
| ☐ Yardım hakkına sahibim | ☐ Baz tarifeli sigortalıyım | ☐ Maddi katkı hakkına sahibim (Sozialamt [Sosyal Yardım Kurumu], Versorgungsamt [Yardım Dairesi]) |
| ☐ Ek olarak özel sigortalıyım | | |

* isteğe bağlı verilen bilgi

Lütfen arka sayfayı dikkate alın!

Hasta bilgi sayfası için doktor hasta gizliliğine ve veri korumasına tabi olan ve tarafımızdan son derece gizli tutulacak bilgileri rica etmekteyiz. Lütfen muayenehanemizde gelecekte sağlık durumunuzda, adresinizde ve sigortalılık durumunuzda oluşan değişiklikleri bildiriniz

Lütfen tüm sorular için uygun olanları işaretleyin.

1. Aşağıdaki hastalıklardan birini geçiriyor musunuz veya geçirdiniz mi?

a)	evet	hayır		evet	hayır		evet	hayır
Astım (ağır nefes darlığı)	☐	☐	Kan hastalıkları	☐	☐	Hepatit A/B/C (sarılık) Nöbet	☐	☐
Şeker hastalığı	☐	☐	Kan pıhtılaşma bozuklukları	☐	☐	bozukluğu (Epilepsi)	☐	☐
Romatizma	☐	☐	Kalp bozukluğu	☐	☐	Tiroit bezi hastalıkları	☐	☐
Osteoporoz	☐	☐	Endokardit	☐	☐	Böbrek fonksiyonu bozuklukları	☐	☐
Tüberküloz	☐	☐	Hastane mikrobi MRSA	☐	☐	Creutzfeldt-Jakob hastalığı	☐	☐
HIV enfeksiyonu	☐	☐	Karaciğer hastalıkları	☐	☐	Tümör/Karsinom/Kanser	☐	☐

Diğer bilgiler / başka hastalıklar

Aile hekiminiz:

Soyadı

Adresi

Telefon

Önceki tedavinin yapıldığı diş hekimi muayenehanesi*

Soyadı

Adresi

Telefon

b) Alerjileriniz var mı?

☐ evet ☐ hayır

Varsa, hangileri?

Alerji kartınız var mı?

☐ evet ☐ hayır

c) Kalp krizi

☐ evet ☐ hayır

İnme

☐ evet ☐ hayır

Felç

☐ evet ☐ hayır

Kan sulandırıcı maddeler kullanıyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Varsa, hangileri?

d) Tansiyonunuz yüksek mi?

☐ evet ☐ hayır

Tansiyonunuz düşük mü?

☐ evet ☐ hayır

2. Kalp pili taşıyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Suni kalp kapakçığınız var mı?

☐ evet ☐ hayır

3. Bifosfonat ilaçlar kullanıyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

İmmünsüpresif ilaçlar kullanıyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Düzenli olarak ilaç alıyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Varsa, hangileri?

4. Sigara içiyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Cevabınız evet ise, günde kaç sigara içiyorsunuz?

5. Horluyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

6. Herhangi bir madde bağımlılığınız var mı?

☐ evet ☐ hayır

Varsa, hangileri?

7. Hamile misiniz?

☐ evet ☐ hayır

☐ emin değilim

İcabında hangi haftada

8. Ağız, çene veya yüz kısmınızda kaza sonucu yaralanma mevcut mu veya mevcut muydu?

☐ evet ☐ hayır

Kaza tarihi

Yaralanma türü

9. Madde 15 SGB V uyarınca bir bakım ihtiyacı söz konusu mudur?

☐ evet ☐ hayır

Cevap evet ise, durumun ağırlık derecesi nedir?

10. SGB IX, Madde 99 uyarınca bir entegrasyon yardımı söz konusu mudur?

☐ evet ☐ hayır

Varsa, hangileri?

11. Lokal anestezi ile tedavi edilmek istiyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Lütfen lokal anestezi amaçlı ilaçların veya iğnelerin etkisinden, araç sürüş kabiliyetinin birkaç saatliğine olumsuz etkilenebileceğini dikkate alın.

12. Röntgen kartınız var mı?

☐ evet ☐ hayır

Son röntgen muayenesi / bilgisayarlı tomografi ne zaman yapıldı? (Tarih/Vücut bölgesi)

13. Bonusheft'iniz (muayene kayıt defteriniz) var mı?

☐ evet ☐ hayır

Sizde en son profesyonel diş temizliği ne zaman yapıldı?

14. Elektronik tıbbi kayıt sisteminden yararlanıyor musunuz?

☐ evet ☐ hayır

Muayenehanemiz hakkında nasıl/kim tarafından bilgi sahibi oldunuz:*

Vermiş olduğum bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu imzama onaylıyorum.

Tarih

Hasta veya ebeveyn imzası