

Реєстраційна карта | Історія хвороби

Шановний пацієнте!

Ми вам дуже вдячні за те, що ви вирішили лікуватися у нас. Для обслуговування пацієнтів ми користуємося системою замовлень. Тому, щоб отримати лікування, пацієнту зазвичай потрібно трохи почекати. Однак у випадку якщо потрібно вжити необхідних із медичної точки зору непередбачуваних лікувальних заходів, час очікування точно визначити неможливо. Тому ми просимо вас поставитись до цього з розумінням. Якщо ви не зможете чекати протягом часу, про який ми з вами домовимось, повідомте нас про свою незгоду з терміном очікування якомога раніше, а саме, не менше ніж за 24 години до закінчення цього терміну. Якщо ви звернулися до нас внаслідок виникнення у вас непередбачуваного явища, що вимагає невідкладної допомоги (наприклад, гострого болю), ви

повинні враховувати те, що допомогу вам буде надано через певний час. Як пацієнт, який користується послугами встановленого законом страхування на випадок хвороби, ви повинні обов'язково, не пізніше ніж через 10 днів після початку лікування, надати нам ваш поліс страхування на випадок хвороби, оскільки в іншому випадку рахунок для оплати вашого лікування буде виставлено вам особисто. Якщо Ви як пацієнт(ка) користуєтесь послугами встановленого законом страхування, то Ви можете узгодити з лікарняною касою лікування за особистим рахунком як альтернативу лікуванню через лікарняну касу на основі полісу страхування на випадок хвороби відповідно до § 13 SGB V («Відшкодування витрат»). Додаткову інформацію з цього приводу можна отримати в лікарняній касі.

Пацієнт

Чоловік / жінка / дитина

Прізвище

Ім'я

Дата народження

Адреса

Вулиця / номер будинку

Ел. адреса*

Місце народження

Поштовий індекс / населений пункт

Тел. або моб.

Професія пацієнта/пацієнтки

Працедавець

☐ Учень / студент

Адреса працедавця *

Вулиця / номер будинку

Поштовий індекс / населений пункт

Тел.

Якщо є, законний представник або інший отримувач рахунка

(особа, яка має право виховувати дитину)

Прізвище

Ім'я

Дата народження

Адреса

Вулиця / номер будинку

Ел. адреса*

Поштовий індекс / населений пункт

Тел. або моб.

Професія законного представника або іншого отримувача рахунка*

Працедавець

☐ Учень / студент

Адреса працедавця *

Вулиця / номер будинку

Поштовий індекс / населений пункт

Тел.

Ім'я платника

(лікарняної каси або страхової компанії)

- ☐ У мене поліс обов'язкового страхування
- ☐ У мене поліс добровільного страхування
- ☐ Я маю право на отримання допомоги
- ☐ У мене поліс особистого додаткового страхування

- ☐ У мене поліс особистого страхування
- ☐ У мене поліс страхування за стандартним тарифом
- ☐ У мене поліс страхування за базовим тарифом

- ☐ Я вибираю відшкодування витрат відповідно до § 13 тому V Кодексу соціальних законів (SGB)
- ☐ У мене немає полісу страхування
- ☐ Я маю право на отримання допомоги (соціальної допомоги, соціального забезпечення)

Для оформлення вашої історії хвороби нам потрібні наступні дані, на які поширюється обов'язок збереження лікарської таємниці й захисту даних, та з якими ми поводитимемось із суворим дотриманням конфіденційності. Будь ласка, також і в майбутньому повідомляйте нам про зміни в стані вашого здоров'я, ваших адресі та страховому статусі!

Під час відповіді на всі запитання позначте потрібне.

1.

У вас було / є будь-яке з наступних захворювань?

а)

Астма

Діабет

Ревматизм

Остеопороз

Туберкульоз

ВІЛ-інфекція

так

ні

Захворювання крові

Порушення згортання крові

Вроджені вади серця

Ендокардит

Внутрішньолікарняна інфекція, викликана метицилін-резистентними штамами Staphylococcus aureus (MRSA)

Захворювання печінки

так

ні

Гепатит А/В/С

Епілепсія

Захворювання щитоподібної залози

Порушення функції нирок

Хвороба Кройцфельда-Якоба

Пухлина / карцинома / рак

так

ні

Інші дані / інші захворювання

Ваш сімейний лікар:

Ім'я

Адреса

Тел.

Стоматолог, в якого Ви лікувалися до цього *

Ім'я

Адреса

Тел.

б)

У вас є алергії?

У вас є алергологічний паспорт?

Якщо так, то які?

в)

Інфаркт міокарда

Інсульт

Паралічі

Ви приймаєте антикоагулянти?

Якщо так, то які?

д)

Чи буває у Вас підвищений тиск?

Чи буває у Вас понижений тиск?

2.

У вас є ритмоводій (кардіостимулятор)?

У вас є штучний клапан серця?

3.

Ви приймаєте бісфосфонати?

Ви приймаєте імуносупресори?

Ви приймаєте інші лікарські засоби на регулярній основі?

Якщо так, то які?

4.

Ви курите?

Якщо так, скільки сигарет на день?

5.

Ви хропите?

6.

У вас є залежності?

Якщо так, то які?

7.

Ви вагітні?

Тиждень вагітності

8.

У вас є / була травма порожнини рота, щелепи або обличчя?

Дата виникнення травми

Тип травми

9.

Ви потребуєте догляду в розумінні § 15 тому V Кодексу соціальних законів (SGB)?

Якщо так, то який ступінь тяжкості?

10.

Ви потребуєте допомоги в інтеграції / адаптації в розумінні § 99 тому IX Кодексу соціальних законів (SGB)?

Якщо так, то якої?

11.

Якщо вам потрібно буде провести лікування, ви бажаєте, щоб його було проведено із застосуванням місцевої анестезії?

Зверніть увагу на те, що препарати або ін'єкції, за допомогою яких проводиться місцева анестезія, можуть протягом декількох годин впливати на вашу здатність керувати автомобілем.

12.

У вас є рентгенологічний паспорт?

Коли вам востаннє було проведено рентгенологічне обстеження / комп'ютерну томографію? (Дата / ділянка тіла)

13.

У вас є «бонусна книжка» пацієнта («бонусхефт»)?

Коли востаннє фахівець вам проводив чищення зубів?

14.

Ви хропите? Чи використовуєте Ви електронну карту пацієнта?

Як ви нас знайшли / хто вам про нас розповів:*

Цим підписом я підтверджую повноту і правильність попередніх повідомлених мною даних.

Дата

Підпис пацієнта або особи, яка має право виховувати дитину

Форму надано DZR – Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

* вказується за бажанням