

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 uyulmamasına 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 sigortalı hasta olarak sigorta kartı üzerinden sigortalı diş tedavisi veya § 13 SGB V uyarınca özel fatura ile (masrafları ödeyerek) tedavi görme arasında seçim yapma olanağına sahipsiniz.

Hasta

Bay/Bayan/Çocuk

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

Adresi

Cadde/Bina No.	E-posta	Doğum yeri
----------------	---------	------------

Posta Kodu/Şehir	Telefon	Cep telefonu
------------------	---------	--------------

Üyelik/
Ödeme yükümlüsü
(çocuklarda ebeveyn)

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

Adresi

Cadde/Bina No.	E-posta
----------------	---------

Posta Kodu/Şehir	Telefon	Cep telefonu
------------------	---------	--------------

Masrafları üstlenen kuruluş
(sağlık sigortası veya sigorta)

<input type="checkbox"/> Zorunlu sigortayım	<input type="checkbox"/> Özel sigortayım	<input type="checkbox"/> §13 SGB V uyarınca ücret ödemesini seçtim
<input type="checkbox"/> İsteğe bağlı sigortayım	<input type="checkbox"/> Standart tarifeli sigortayım	<input type="checkbox"/> Sigortalı değilim
<input type="checkbox"/> Yardım hakkına sahibim	<input type="checkbox"/> Baz tarifeli sigortayım	<input type="checkbox"/> Maddi katkı hakkına sahibim (Sozialamt [Sosyal Yardım Kurumu], Versorgungsamt [Yardım Dairesi])
<input type="checkbox"/> Ek olarak özel sigortayım		

Üyenin mesleği

İşveren
<input type="checkbox"/> Öğrenci/Üniversite öğrencisi

İşverenin adresi

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

Hastanın mesleği

İşveren
<input type="checkbox"/> Öğrenci/Üniversite öğrencisi

İşverenin adresi

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

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!

1. Aşağıdaki hastalıklardan birini geçiriyor musunuz veya geçirdiniz mi?

a)	evet	hayır		evet	hayır		evet	hayır
Astım (ağır nefes darlığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroit bezi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan pıhtılaşma bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Böbrek fonksiyonu bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romatizma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hastane mikrobu MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karaciğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tümör/Karsinom/Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tüberküloz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatit A/B/C (sarılık)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bu bağlamda bisfosfonatlar aldınız mı / alıyor musunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV enfeksiyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nöbet bozukluğu (Epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Aile hekiminiz:

Soyadı	Adresi	Telefon
--------	--------	---------

b) Alerjileriniz var mı? evet hayır varsa, hangileri?

Alerji kartınız var mı? evet hayır

c) Kalp krizi

Marcumar alıyor musunuz? evet hayır

İnme evet hayır

Felçler evet hayır

d) Tansiyon düşük normal yüksek icabında değerler

2. Kalp pili taşıyor musunuz? evet hayır

3. Düzenli olarak ilaç alıyor musunuz? evet hayır icabında hangilerini?

4. Sigara içiyor musunuz? evet hayır

5. Herhangi bir madde bağımlılığınız var mı? evet hayır icabında hangilerini?

6. Hamile misiniz? evet hayır emin değilim icabında hangi haftada

7. Ağız, çene veya yüz kısmınızda kaza sonucu yaralanma mevcut mu veya mevcut muydu? evet hayır Kaza tarihi

Yaralanma türü

8. Diğer bilgiler/başka hastalıklar

9. Lokal anestezi ile tedavi edilmek istiyor musunuz? evet hayır

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

10. Röntgen kartınız var mı? evet hayır

Röntgen kartı ister misiniz? evet hayır

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

11. Bonusheft'iniz (muayene kayıt defteriniz) var mı? evet hayır Profesyonel bir diş temizlemesiyle ilgileniyor musunuz? evet hayır

Muayenehanemiz hakkında nasıl/kim tarafından bilgi sahibi oldunuz:

İmzam ile arka sayfada ve yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksizliğini ve doğruluğunu tasdik ediyorum ve kişisel bilgilerimin muayenehanede kaydedilmesini kesin onaylıyorum.

Tarih

Hasta veya ebeveyn imzası