

بيانات المريض الاسم الأول، اللقب/اسم العائلة	محل وتاريخ الميلاد
العنوان الشارع، رقم المنزل	الرقم البريدي/المكان
الهاتف	البريد الإلكتروني
الدافع* الاسم الأول، اللقب/اسم العائلة	محل وتاريخ الميلاد
العنوان الشارع، رقم المنزل	الرقم البريدي/المكان
الهاتف	البريد الإلكتروني

*ملحوظة: الدافع (= مستلم الفاتورة) هو المريض المذكور أعلاه إذا كان بالغًا وموتمًا عليه، وهو الممثل القانوني إذا كان المريض قاصرًا.

أرغب في تلقي علاج خاص (رد التكليف وفقًا للفترة الثانية من المادة 13 من الكتاب الخامس من قانون الشؤون الاجتماعية) <input type="checkbox"/>	تأمين خاص <input type="checkbox"/>	اسم شركة التأمين الصحي
أحتاج للرعاية <input type="checkbox"/>	تأمين إجباري <input type="checkbox"/>	مهنة الدافع
مستوى الرعاية _____ <input type="checkbox"/>	تأمين اختياري <input type="checkbox"/>	اسم جهة العمل
أتلقي مساعدة للاندماج المجتمعي (بموجب المادة 53 من قانون الشؤون الاجتماعية الثاني عشر) <input type="checkbox"/>	تأمين تكميلي خاص <input type="checkbox"/>	عنوان جهة العمل الشارع، رقم المنزل
الرقم البريدي/المكان	الهاتف	

المرضى الأعضاء!

العيادة التي تتلقون فيها علاج الأسنان تعمل بنظام الحجز. وهذا يعني أن فترات انتظاركم عادة ما تكون قصيرة. غير أن هذا يعني أيضًا أنه في حال عدم التمكن من الالتزام والحضور في الموعد المحدد، سيتعين عليكم إلغاء الموعد قبل 24 ساعة على الأقل، وإلا ستتحملون كافة التكاليف المقررة للعلاج أو الناجمة عن الوقت المهدر (وذلك بموجب المادتين 304 و615 من القانون المدني الألماني). في حال تقيمت موعدًا طارئًا لدى الطبيب، سيتعين عليكم الانتظار. ستكون الرعاية الطارئة فقط ممكنة إذا كان هذا الموعد خارج أوقات عمل العيادة.

ملحوظة للمرضى المؤمن عليهم قانونًا:

إذا لم تُقدم الشهادة الصحية/بطاقة التأمين الصحي في خلال موعد أقصاه 10 أيام من بدء العلاج، سيتم إعداد فاتورة خاصة تتحملونها كاملة.

لأغراض إتمام السجل المرضي الخاص بكم نرجو ملء البيانات التالية والتي تخضع بالطبع لواجب الكتمان والسرية. يُرجى إبلاغ العيادة بأي تغييرات على حالتكم الصحية وعنوانكم نظرًا فيما بعد!

1. هل تعاني/كنت تعاني من أحد الأمراض التالية؟	2. هل تزرع جهاز تنظيم ضربات القلب؟
(أ) الربو (ضيق شديد في التنفس) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	3. هل تعاني من نزيف اللثة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(ب) حساسيات مثل حساسية الأنف (حمى القش) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4. هل يمثل العلاج تحت تأثير التخدير الموضوعي أهمية بالنسبة لكم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(ج) حساسية من بعض الأدوية وإذا وُجدت ما هي؟ _____ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	5. متى كانت آخر مرة أجريت فيها فحصًا بالأشعة السينية؟ _____
(د) ضغط الدم ما هي المعدلات؟ _____ <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> طبيعي <input type="checkbox"/> مرتفع	6. هل تتناولون أدوية في الفترة الحالية أو بصورة دورية؟ وإذا كنتم تتناولون أدوية فما هي؟ _____
(هـ) أزمة قلبية <input type="checkbox"/> سكتة دماغية <input type="checkbox"/> مثل <input type="checkbox"/> لا	7. هل هناك حمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير محدد بعد
(و) مرض الصفراء <input type="checkbox"/> أمراض الكبد <input type="checkbox"/> فيروس العوز المناعي البشري <input type="checkbox"/> لا	8. هل ترغبون في حشوات ملونة للأسنان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(ز) مرض السكري <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	9. هل تودون في علاج أسنانكم فقط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(ح) روماتزم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	10. هل يعجبكم لون أسنانكم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(ط) أمراض الدم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	11. بيانات أخرى/أمراض أخرى _____
اعتلال خثري <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	12. كيف تعرفتم على العيادة؟ _____
(ي) أمراض الأوعية الدموية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
(ك) أمراض الكلى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
(ل) أمراض الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
(م) مرض الصرع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
(ن) هشاشة العظام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
(س) ورم/سرطان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

التاريخ، توقيع المريض