

Droga pacjentko, drogi pacjencie,

dziękujemy bardzo, że przybyli Państwo do naszego gabinetu dentystycznego w celu przeprowadzenia leczenia stomatologicznego. Jest ono realizowane zgodnie z naszym systemem zamówieniowym. Z reguły oznacza to krótszy czas oczekiwania. Jednakże konieczne z punktu widzenia stomatologicznego, niemożliwe do przewidzenia zabiegi stomatologiczne mogą prowadzić do tego, że terminy nie mogą zostać zawsze dokładnie przestrzegane. Dlatego prosimy o Państwa wyrozumiałość. Jeżeli nie są Państwo w stanie dotrzymać uzgodnionego terminu, prosimy o powiadomienie nas o tym w miarę możliwości w odpowiednim czasie, tzn. najpóźniej 24 godziny przed terminem. Jeżeli przyjdą Państwo do naszego gabinetu ze względu na nieprzewidziane nagłe wypadki (np. ostre bóle), muszą się Państwo liczyć z dłuższym czasem oczekiwania.

Wszyscy pacjenci posiadający ubezpieczenie ustawowe od chorób, muszą nam przedłożyć kartę ubezpieczenia zdrowotnego najpóźniej 10 dni po rozpoczęciu leczenia, ponieważ w przeciwnym wypadku będziemy Państwa musieli prywatnie obciążyć kosztami leczenia. Wszyscy ustawowo ubezpieczeni pacjenci mają możliwość wybrania leczenia stomatologicznego refundowanego z kasy chorych za pośrednictwem karty ubezpieczenia zdrowotnego lub leczenia na rachunek prywatny na podstawie § 13 SGB V (zwrot kosztów).

Pacjent/pacjenta

Pan/pani/dziecko

Nazwisko		Imię		ur. w dniu	
ul./nr domu		E-Mail*		Miejsce urodzenia*	
Kod pocztowy/ miejscowość			Telefon domowy lub komórkowy		

Członek/ zobowiązana, -y do zapłaty

(w przypadku dzieci opiekuni ustawowi)

Nazwisko		Imię		ur. w dniu	
ul./nr domu		E-Mail*			
Kod pocztowy/ miejscowość			Telefon domowy lub komórkowy		

Nazwa podmiotu
przejmującego koszty
(kasa chorych lub firma
ubezpieczeniowa)

<input type="checkbox"/> Jestem ubezpieczona (-y) obowiązkowo	<input type="checkbox"/> Posiadam ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> Wybrałam zwrot kosztów zgodnie z §13 SGB V
<input type="checkbox"/> Jestem ubezpieczony dobrowolnie	<input type="checkbox"/> Jestem ubezpieczona (-y) w ramach taryfy standardowej	<input type="checkbox"/> Nie jestem ubezpieczona (-y)
<input type="checkbox"/> Jestem uprawniona (-y) do zapomogi	<input type="checkbox"/> Jestem ubezpieczona (-y) w ramach taryfy podstawowej	<input type="checkbox"/> Jestem uprawniona (-y) do dopłat (ze strony Sozialamt [urzędu socjalnego], Versorgungsamt [urzędu zaopatrzenia dla poszkodowanych w czasie wojny])
<input type="checkbox"/> Posiadam dodatkowe ubezpieczenie prywatne		

Zawód członka kasy*

<input type="checkbox"/> Uczennica (uczeń)/ studentka (student)	<input type="checkbox"/> Pracodawca
---	-------------------------------------

Adres pracodawcy*

ul./nr domu	Kod pocztowy/ miejscowość	Telefon
-------------	---------------------------	---------

Zawód pacjenta

<input type="checkbox"/> Uczennica (uczeń)/ studentka (student)	<input type="checkbox"/> Pracodawca
---	-------------------------------------

Adres pracodawcy*

ul./nr domu	Kod pocztowy/ miejscowość	Telefon
-------------	---------------------------	---------

* Informacje dobrowolne

Proszę wziąć pod uwagę treść na odwrocie!

W celu wypełnienia Państwa karty chorych, prosimy o podanie następujących informacji, które podlegają obowiązkowi zachowania tajemnicy lekarskiej i ochronie danych osobowych, i są przez nas traktowane poufnie. Proszę w przyszłości informować nasz gabinet dentystyczny o zmianach Państwa stanu zdrowia, adresu i statusu ubezpieczenia!

Dla wszystkich pytań właściwe odpowiedzi zaznaczyć krzyżykiem.

1. Czy chorowali/ chorują Państwo na jedną z następujących chorób?

	tak	nie		tak	nie		tak	nie
astma (poważne problemy z oddychaniem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroby krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroby tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemy z krzepiwością krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaburzenia pracy nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reumatyzm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zakażenie szpitalne MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroba Creutzfeldta-Jakoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osteoporoza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choroby wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	guz/ nowotwór/ rak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuberkuloza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hepatitis A/B/C (żółtaczka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	czy biorą/ brali Państwo z tego powodu biofosforany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infekcja HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	padaczka (epilepsja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Państwa lekarz pierwszego kontaktu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Adres	Telefon

b) Czy cierpią Państwo na jakieś alergie? tak nie Jeżeli tak, które?

Czy posiadają Państwo książeczkę alergika? tak nie

c) zawał serca tak nie

Czy zażywają Państwo Marcumar? tak nie

udar mózgu tak nie

Czy zażywa Pani/Pan środki rozrzedzające krew? tak nie Jeżeli tak, które?

d) ciśnienie krwi niskie

normalne

wysokie Ew. wartości

2. Czy używają Państwo rozrusznika serca? tak nie

3. Czy zażywają Państwo regularnie leków? tak nie Jeżeli tak, które?

4. Czy palą Państwo? tak nie

5. Czy Pani/Pan chrapie? tak nie

6. Istnieją uzależnienia? tak nie Jeżeli tak, które?

7. Czy jest Pani w ciąży? tak nie

nie wiadomo Ew. w którym tygodniu?

8. Czy doznali/ mają Państwo obrażeń jamy ustnej, szczęki lub w rejonie twarzy z powodu wypadku? tak nie

Data wypadku

Rodzaj urazu

9. Pozostałe dane/ inne choroby

10. Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną w rozumieniu § 15 SGB V (księgi V niemieckiego Kodeksu socjalnego)? tak nie Jeśli tak, w jakim stopniu?

11. Czy przykładają Państwo wagę do leczenia ze znieczuleniem miejscowym? tak nie

Proszę wziąć pod uwagę, że z powodu wpływu leków i zastrzyków do miejscowego znieczulenia, może być ograniczona przez kilka godzin.

12. Czy posiadają Państwo książeczkę prześwietleń rentgenowskich? tak nie

Czy chcieliby Państwo otrzymać książeczkę prześwietleń rentgenowskich? tak nie

Kiedy odbyli Państwo ostatnie badanie rentgenowskie/ tomografię komputerową? (data/ część ciała)

13. Czy mają Państwo książeczkę premiovą? tak nie

Kiedy przeprowadzono u Państwo ostatnie profesjonalne czyszczenie zębów?

W jaki sposób/ dzięki komu zwrócili Państwo uwagę na naszą praktykę lekarską?*

Poprzez swój podpis potwierdzam pełność i poprawność informacji podanych prze mnie powyżej.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Podpis pacjentki/-ta lub opiekunów ustawowych