

نموذج التاريخ الطبي للبالغين

مرحباً بكم في تقويم الأسنان نورداشتراسه.
نود أن نخصص وقتاً لمناقشة احتياجات تقويم الأسنان الخاصة بكم وتقديم استشارة كاملة لكم
للحصول على موعد استشارة، نحتاج إلى معلوماتكم الشخصية وكذلك السجل الطبي الخاص بكم.
نؤكد لكم أن معلوماتكم ستُحفظ بأقصى درجات السرية

مريض (المسؤول عن دفع التكاليف)

اسم العائلة	هاتف ثابت	
الاسم	هاتف محمول	
تاريخ الميلاد	البريد الإلكتروني الشخصي	
الشارع، الرقم	الوظيفة	
الرمز البريدي / المدينة	التأمين الصحي	
طبيب الأسنان		

تذكير بالموعد عبر رسالة نصية أو بريد إلكتروني مرغوب فيه

نعم ☐ لا ☐

كيف تعرفتم علينا؟

موصى به، محوّل من قبل ☐

نوع التأمين

مؤمن عليه قانونياً ☐ مؤمن عليه خاصاً ☐

مساعدة مالية ☐ تأمين إضافي لتقويم الأسنان ☐

التاريخ الطبي لطب الأسنان

هل سبق أن أجريت استشارة تقويم أسنان في مكان آخر؟	نعم، عند ☐	لا ☐
هل سبق أن أجريت علاج تقويم أسنان في مكان آخر؟	نعم، من ☐	لا ☐
هل تعاني من آلام في مفصل الفك أو طقطة في المفصل؟	نعم ☐	لا ☐
هل تم إجراء علاج لالتهاب اللثة (مرض دواعم السن) لديك؟	نعم ☐	لا ☐
هل تعتقد أنك تطحن أو تضغط على أسنانك؟	نعم ☐	لا ☐
هل تلاحظ تحرك الأسنان؟	نعم ☐	لا ☐
هل تشخر؟	نعم ☐	لا ☐

متى وأين كانت زيارتك الأخيرة لطبيب الأسنان؟

هل تعاني كثيراً من صداع، أو ألم في منطقة الوجه، أو ألم عند المضغ؟	نعم ☐	لا ☐
هل حدثت حوادث أدت إلى إصابة الأسنان أو الفك؟	نعم ☐	لا ☐
هل تعاني من التنفس عن طريق الفم أو نزلات برد متكررة أو الشخير؟	نعم ☐	لا ☐

التاريخ الطبي

هل توجد أمراض باطنية بشكل عام، مثل الربو، الصرع، عيوب القلب، السكري، الكساح، الميل إلى النزيف، مشاكل تقويم العظام، أو أمراض HIV؟	نعم ☐	لا ☐
إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟		
هل تتناول أدوية؟	نعم ☐	لا ☐
إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟		
هل تعاني من حساسية أو عدم تحمّل، مثل النيكل أو اللاتكس؟	نعم ☐	لا ☐
إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟		
هل تم إجراء علاج نطقي (علاج لدى أخصائي النطق) لديك؟	نعم ☐	لا ☐

فحص بالأشعة السينية

☐ نعم ☐ لا

هل سبق وأن خضعت لفحص بالأشعة في منطقة الرأس أو الفك أو الأسنان؟

إذا نعم، متى وأين؟

ملاحظة: أجهزتنا الحديثة تضمن أقل قدر ممكن من الجرعة الإشعاعية

☐ نعم ☐ لا

لدى النساء: هل توجد حالة حمل حالية؟

ساعدنا على التعرف عليك بشكل أفضل

لماذا جئت إلينا وما الذي يمكننا مساعدتك به؟

شكراً جزيلاً لتعاونكم. سنبدل قصارى جهدنا لجعل إقامتكم معنا مريحة قدر الإمكان. هذه البيانات ضرورية للتعاون المبني على الثقة وكذلك للعلاج الطبي الصحيح. سيتم التعامل مع بياناتكم بسرية تامة. تخضع هذه البيانات لسرية الطبيب وفقاً للمادة 203 من قانون العقوبات، وكذلك لأحكام قانون حماية البيانات الصارمة. يتم تمرير البيانات الخاصة بالفوترة فقط في إطار التعاون مع شركة الفوترة المختصة

تتطلب تقويم الأسنان الحديث، كما هو الحال في جميع المجالات الطبية، العمل الجماعي. لذلك يتم تنفيذ بعض الخدمات من قبل مساعدات طبيب الأسنان المدربات والمؤهلات بناءً على أوامر فردية مسبقة من أخصائي تقويم الأسنان وتحت إشرافه ومراقبته

موافقة على نقل البيانات الطبية الضرورية

أقر بموجب هذا بأنني أوافق على أن تُرسل مستنداتي التي تم إعدادها (مثل النماذج، صور الأشعة، الصور، والتاريخ الطبي) إلى أطباء أو مختبرات أو مقيمين آخرين، طالما أن ذلك يهدف إلى تقديم أو تحسين العلاج

تم قراءة موافقة الإذن

المكان، التاريخ، التوقيع

موافقة على استخدام البيانات المتعلقة بالعيادة

أوافق بموجب هذا على نشر الصور التي تم التقاطها لي أثناء العلاج في عيادة الدكتور مهسا طهراني بصورة مجهولة الهوية. أنا على علم بأن هذه الصور يمكن نشرها، على سبيل المثال، على موقع العيادة الإلكتروني أو بأي وسيلة أخرى في إطار العروض العلمية أو لأغراض تسويقية أخرى للعيادة. يمكنني سحب هذا الموافقة في أي وقت من خلال تقديم خطاب خطي إلى عيادة الدكتور مهسا طهراني، ويصبح السحب ساري المفعول فوراً

تم قراءة موافقة الإذن

المكان، التاريخ، التوقيع

للمرضى المؤمن عليهم خاصاً

يرجى تقديم خطة العلاج إلى جهة تحمل التكاليف الخاصة بكم خلال مهلة أسبوعين. عند بدء العلاج، يرجى تقديم خطاب الموافقة من جهة تحمل التكاليف لدينا

للمرضى المؤمن عليهم قانونياً

يتعين على أصحاب التأمين الصحي القانوني تقديم بطاقة التأمين قبل الاستفادة من أول علاج أو في كل ربع سنة جديدة، ولكن قبل إصدار الفاتورة بحد أقصى. عند التسوية عبر التأمين الصحي القانوني، يجب عليكم دفع 20% من مبلغ الفاتورة مقدماً لصالح تأمينكم الصحي عند جميع خدمات تقويم الأسنان. سيتم استرداد هذا المبلغ من قبل شركة التأمين بعد الانتهاء الناجح من العلاج

تتطبق هذه القاعدة الخاصة بالمساهمة الذاتية أيضاً على التشخيص الأولي. لذلك، من الممكن أن تتلقى فاتورة حتى قبل بدء العلاج الفعلي. سيتم توضيح التفاصيل اللازمة حول سير العلاج وتنظيم التكاليف لكم في موعد مناقشة مفصل

لكل المرضى

تُسجل (GDPR) البيانات التي قدمتها تخضع لسرية الطبيب وفقاً للمادة 203 من قانون العقوبات وكذلك لأحكام قانون حماية البيانات الصارمة أو اللاتعة العامة لحماية البيانات. البيانات لأغراض داخل العيادة باستخدام نظام إلكتروني. كما نحفظ بحق تكليف مركز محاسبة أطباء الأسنان في منطقة راين-روهر بإجراء التسويات المالية

أقر بأنني قد قدمت المعلومات الواردة في هذا الاستبيان بأمانة وبأفضل معرفة لدي. وأتعهد بإبلاغكم فوراً بأي تغييرات تطرأ على حالتي الصحية أو الحمل أو تغيير شركة التأمين الصحي أو عنوان السكن أو غيرها من التغييرات

تم استلام معلومات حماية البيانات

أؤكد بموجب هذا أنني قرأت استمارة التسجيل هذه بعناية وأجبت على الأسئلة بأفضل ما لدي من معرفة وبصدق

التاريخ

توقيع المريض / المريضة