

Анкета по медицинской истории

Добро пожаловать в ортодонтическую клинику «Нордштрассе». Мы хотели бы уделить время, чтобы обсудить ваши ортодонтические проблемы и предоставить вам подробные рекомендации. Для подготовки к консультации нам необходимы ваши личные данные и некоторая медицинская информация. Вся предоставленная вами информация, конечно, будет храниться в строгой конфиденциальности.

Пациент

(Платательщик по счёту)

Фамилия:	<input type="text"/>	Домашний телефон:	<input type="text"/>
Имя:	<input type="text"/>	Мобильный телефон:	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/>	Личный e-mail:	<input type="text"/>
Улица, №:	<input type="text"/>	Профессия:	<input type="text"/>
Почтовый индекс / Город:	<input type="text"/>	Медицинская страховка:	<input type="text"/>

Хотели бы вы получать напоминания о приёме по SMS или электронной почте?

Да Нет

Вид страховки

- ОМС (Обязательное медицинское страхование) Дополнительное страхование для ортодонтии
 ДМС (Добровольное медицинское страхование) субсидия

Анамнез по стоматологии

Уже проводилась ортодонтическая консультация в другом месте? Да, у кого: Нет

Уже проводилось ортодонтическое лечение в другом месте? Да, с по у кого: Нет

Есть ли у вас жалобы на височно-нижнечелюстной сустав или щелчки? Да Нет

Проходили ли вы лечение заболеваний дёсен (пародонтита)? Да Нет

Считаете ли вы, что скрежете или сжимаете зубы? Да Нет

Замечали ли вы движение зубов? Да Нет

Есть ли у вас проблемы с храпом? Да Нет

Когда и где был ваш последний визит к стоматологу?

Часто ли у вас бывают головные боли, боли в области лица или при жевании? Да Нет

Были ли у вас травмы зубов или челюсти? Да Нет

Дышите ли вы ртом, часто простужаетесь или часто храпите? Да Нет

Медицинская история

Есть ли у вас общие заболевания, такие как астма, эпилепсия, пороки сердца, диабет, рахит, склонность к кровотечениям, ортопедические проблемы или инфекционные заболевания (например, гепатит, туберкулёз, MRSA, болезнь Крейтцфельда-Якоба, ВИЧ)? Да Нет

Если да, какие?

Принимаете ли вы какие-либо лекарства? Да Нет

Если да, какие?

Есть ли у вас аллергии или непереносимость, например, на никель или латекс? Да Нет

Если да, какие?

Проходили ли вы логопедическое лечение? Да Нет

Рентгенологическое обследование

Делали ли вы когда-либо рентген головы/челюсти/зубов?

Да Нет

Если да, когда и где?

Примечание: Наше современное оборудование обеспечивает минимальную дозу облучения.

Для женщин: Вы сейчас беременны?

Да Нет

Помогите нам лучше узнать вас

Почему вы к нам обратились и чем мы можем вам помочь?

Большое спасибо за ваше сотрудничество. Мы приложим все усилия, чтобы ваше пребывание у нас было максимально комфортным. Предоставленная вами информация необходима для доверительного взаимодействия и надлежащего медицинского лечения. Ваши данные будут храниться в строгой конфиденциальности. Они подпадают под медицинскую тайну согласно статье 203 Уголовного кодекса и строгим требованиям Закона о защите данных. Только в рамках сотрудничества с бухгалтерской компанией данные, относящиеся к расчетам, могут быть переданы им.

Современная ортодонтия, как и все медицинские области, требует командной работы. Поэтому некоторые услуги могут выполняться обученными ассистентами стоматолога по индивидуальным указаниям ортодонта и под его контролем, наблюдением и руководством.

Согласие на передачу медицинских данных

Я настоящим даю согласие на передачу моих медицинских данных (например, моделей, рентгеновских снимков, фотографий, медицинской истории) другим врачам, лабораториям или экспертам при условии, что это будет способствовать прогрессу или улучшению моего лечения.

Согласие прочитано:

Место, дата, подпись

Согласие на использование данных, связанных с клиникой

Я настоящим даю согласие на публикацию анонимных изображений, сделанных со мной во время лечения в клинике доктора Махссы Техрани. Я понимаю, что эти изображения могут быть опубликованы, например, на сайте клиники или использованы иным образом в научных презентациях и для маркетинговых целей клиники. Я могу в любое время отозвать это согласие, подав письменное заявление в клинику доктора Махссы Техрани, которое вступит в силу немедленно.

Согласие прочитано:

Место, дата, подпись

Для пациентов с частной страховкой

Пожалуйста, предоставьте план лечения вашему страховщику в течение 2 недель. При начале лечения предоставьте нам подтверждение одобрения от вашей страховой компании.

Для пациентов со статистической (государственной) страховкой

Члены государственной системы медицинского страхования обязаны предъявлять страховую карту перед первым лечением или в начале каждого нового квартала, но не позднее, чем до выставления счета. За все ортодонтические услуги, оплачиваемые через государственную страховку, вы должны внести аванс в размере 20% от суммы счета вашей страховой компании. Этот взнос будет возмещен вашей страховой компанией после успешного завершения лечения.

Данное правило авансового платежа также распространяется на начальную диагностическую фазу. Поэтому возможно, что вы получите счет до фактического начала лечения. Все необходимые детали, касающиеся процесса лечения и финансовых вопросов, будут подробно объяснены вам во время консультации.

Для всех пациентов

Предоставленная вами информация подпадает под медицинскую тайну согласно статье 203 Уголовного кодекса и строгим положениям Закона о защите данных и GDPR. Ваши данные будут храниться и обрабатываться внутри клиники с использованием электронной системы обработки данных. Кроме того, мы оставляем за собой право поручить ведение расчетов зубной бухгалтерской службе Rhein-Ruhr.

Я подтверждаю, что предоставленная мной информация в этой анкете является правдивой и соответствует моим знаниям. Я обязуюсь своевременно информировать вас о любых изменениях (состояние здоровья, беременность, смена страховки, адрес проживания и др.). Мне была предоставлена информация о защите данных. Я подтверждаю, что внимательно прочитал(а) эту регистрационную форму и ответил(а) на вопросы честно и по мере своих знаний.

Получена информация о защите данных

Настоящим подтверждаю, что внимательно прочитал(а) эту регистрационную форму и ответил(а) на вопросы честно и по мере своих знаний.

Дата

Подпись