



استمارة التاريخ الطبي للأطفال

نرحب بكم في عيادة تقويم الأسنان في شارع نور
نود التحدث معكم بهدوء عن رغباتكم المتعلقة بتقويم الأسنان وتقديم استشارة شاملة لكم
ولهذا الغرض، نحتاج خلال موعد الاستشارة إلى معلومات طبية بالإضافة إلى بياناتكم الشخصية
بالتطبع، سنتعامل مع معلوماتكم بسرية تامة

مريض

	طبيب الأسنان		الاسم
	شركة التأمين الصحي		الاسم الأول
	طبيب الأطفال		تاريخ الميلاد

هل يتلقى الإخوة أو الأخوات العلاج هنا؟
☐ نعم ☐ لا

هل ترغب في تذكير بالموعد عبر الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني؟
☐ نعم ☐ لا

ولي الأمر (المسؤول عن الدفع / مستلم الفاتورة)

	هاتف المنزل		الاسم
	الجوال		الاسم الأول
	البريد الإلكتروني الخاص		تاريخ الميلاد
	المهنة		الشارع، رقم المنزل
	جهة العمل		الرمز البريدي / المدينة

نوع التأمين

كيف علمت بنا؟
☐ موصى به، تم التحويل من قبل

☐ مؤمن عليه تأميناً قانونياً ☐ تأمين إضافي لتقويم الأسنان
☐ مؤمن عليه تأميناً خاصاً ☐ مساعدة مالية

التاريخ الطبي للأسنان

هل تم إجراء استشارة تقويم أسنان في مكان آخر من قبل؟ ☐ نعم، عند ☐ لا

هل تم إجراء علاج تقويم الأسنان في مكان آخر من قبل؟ ☐ نعم، من ☐ لا

هل يعاني طفلك من مشاكل في مفصل الفك أو صوت طقطقة في المفصل؟
 متى بدأ طفلك بالحصول على أولى القواطع الدائمة؟

هل تم تشخيص زيادة أو نقص في عدد الأسنان في العائلة؟
 هل تعرض طفلك لحادث أدى إلى تلف الأسنان اللبنية أو الدائمة؟
 متى وأين كانت زيارتك الأخيرة لطبيب الأسنان؟

التاريخ الطبي

هل كان طفلك يمض إبهامه أو أصابعه؟ ☐ نعم، الإبهام / الأصابع ☐ نعم، مصاصة — كم المدة؟ ☐ لا

هل يتنفس طفلك عن طريق الفم المفتوح؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يشخر طفلك؟ ☐ نعم، بسبب ☐ لا

هل يتلقى طفلك حالياً علاجاً طبياً؟ ☐ نعم، وهي ☐ لا

هل يعاني المريض من أمراض عامة مثل الربو، الصرع، عيوب القلب، السكري، الكساح، ميل للنزيف، مشاكل عظمية، أو مرض كروتزفيلدياكوب، فيروس نقص المناعة البشرية؟، MRSA، أمراض معدية (مثل التهاب الكبد، السل إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟

هل يحتاج طفلك إلى تناول أدوية بانتظام؟ ☐ نعم، وهي ☐ لا

هل يعاني طفلك من حساسية، مثل النيكل أو اللاتكس أو غيرها؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يعزف طفلك على آلة نفخ؟ ☐ نعم، وهي ☐ لا

هل خضع طفلك لعلاج نُطقي (لدى أخصائي النطق)؟ ☐ نعم، من ☐ لا

فحص بالأشعة السينية

☐ نعم ☐ لا

هل تم تصوير رأس أو فك أو أسنان طفلك بالأشعة من قبل؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل كان ذلك خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟

إذا نعم، عند أي طبيب أو في أي مستشفى؟

ملاحظة: تضمن أجهزتنا الحديثة أقل جرعة ممكنة من الإشعاع.

ساعدنا في التعرف عليك بشكل أفضل

لماذا جئتم إلينا وماذا يمكننا أن نقدم لكم؟

شكرًا جزيلًا لتعاونكم. سنبدل قصارى جهدنا لجعل إقامتكم لدينا مريحة قدر الإمكان. هذه المعلومات ضرورية من أجل تعاون قائم على الثقة وكذلك من أجل تقديم علاج طبي مناسب. سيتم التعامل مع معلوماتكم بسرية تامة. وهي تخضع للسرية الطبية وفقًا للمادة 203 من قانون العقوبات، بالإضافة إلى أحكام قانون حماية البيانات الصارمة. لن يتم نقل بياناتكم إلى جهة خارجية إلا في نطاق التعاون مع شركة مختصة بالفوترة، ولأغراض الفوترة فقط.

تتطلب تقويم الأسنان الحديث، كما هو الحال في جميع المجالات الطبية، العمل الجماعي. ولذلك يتم تنفيذ بعض الإجراءات من قبل مساعدات طب الأسنان المؤهلات والمتدربات، وذلك بناءً على تعليمات فريدة مسبقة من طبيب تقويم الأسنان، وتحت إشرافه ومراقبته ومسؤوليته المباشرة.

إقرار بالموافقة على نقل البيانات لأسباب طبية

أقر بموجب موافقتي على أن يتم إرسال الوثائق التي تم إعدادها لي / لطفلي (مثل النماذج، صور الأشعة، الصور، السيرة المرضية) إلى أطباء آخرين أو مختبرات أو خبراء تقييم، شريطة أن يكون ذلك لخدمة تقدم أو تحسن العلاج.

تم قراءة إقرار الموافقة

المكان، التاريخ، التوقيع

إقرار بالموافقة على استخدام البيانات المتعلقة بالعيادة

أقر بموجب موافقتي على أن الصور التي تم أخذها مني / من طفلي في إطار العلاج في عيادة الدكتور محسنه تهراني يمكن نشرها بشكل مجهول الهوية. وأنا على علم بأن هذه الصور قد تُنشر، على سبيل المثال، على موقع العيادة الإلكتروني أو بطرق أخرى في إطار عروض علمية، وقد تُستخدم لأغراض تسويقية أخرى خاصة بالعيادة.

أدرك أنني أستطيع سحب هذا الإذن في أي وقت من خلال تقديم إعلان كتابي إلى عيادة الدكتور محسنه تهراني، ويصبح السحب ساري المفعول فورًا.

تم قراءة إقرار الموافقة

المكان، التاريخ، التوقيع

للمرضى المؤمن عليهم خاصًا

يرجى تقديم خطة العلاج إلى جهة التأمين الخاصة بكم خلال مدة أقصاها أسبوعان. وعند بدء العلاج، يرجى تقديم خطاب الموافقة من جهة التأمين لدينا.

للمرضى المؤمن عليهم قانونيًا

يُطلب من المؤمن عليهم تقديم بطاقة التأمين قبل الاستفادة من أول علاج أو في كل ربع سنة جديدة، ولكن في موعد أقصاه قبل إصدار الفاتورة. عند الفوترة عبر التأمين الصحي القانوني، يجب عليكم دفع 20% من مبلغ الفاتورة لمصلحة تأمينكم الصحي مقدماً لجميع خدمات تقويم الأسنان. يتم استرداد هذا المبلغ من قبل جهة التأمين الخاصة بكم بعد الانتهاء الناجح من العلاج. تنطبق هذه القاعدة المتعلقة بالمساهمة الذاتية أيضًا على التشخيص الأولي. لذا، من الممكن أن تتلقى فاتورة قبل بدء العلاج الفعلي. وسيتم شرح التفاصيل اللازمة بشأن سير العلاج وتنظيم التكاليف لكم في موعد استشارة مفصل.

لذا، من الممكن أن تتلقى فاتورة قبل بدء العلاج الفعلي وسيتم شرح التفاصيل اللازمة بشأن سير العلاج وتنظيم التكاليف لكم في موعد استشارة مفصل.

لكل المرضى

تخضع البيانات التي قدمتموها للسرية الطبية وفقًا للمادة 203 من قانون العقوبات، بالإضافة إلى اللوائح الصارمة لقانون حماية البيانات أو النظام العام لحماية البيانات يتم تسجيل البيانات لأغراض داخل العيادة باستخدام نظام إلكتروني. كما نحفظ بحق تكليف مكتب الفوترة السنوية في منطقة راين-روهر بإجراء عمليات (GDPR) الفوترة. أؤكد أنني قد قمت المعلومات في هذا الاستبيان بصدق وعلى أفضل معرفة لدي. وأتعهد بإبلاغ العيادة فورًا بأي تغييرات تطرأ مثل الحالة الصحية، الحمل، تغيير جهة التأمين الصحي، العنوان السكني، وغيرها.

تم استلام معلومات حماية البيانات

أؤكد بموجب أنني قرأت هذا الاستمارة بعناية وأجبت على الأسئلة بأفضل ما لدي من معرفة وبصدق.

التاريخ

توقيع الوصي/ولي الأمر