



فرم سوابق پزشکی برای کودکان

به کلینیک ارتودنسی خیابان شمالی خوش آمدید. ما می‌خواهیم با شما در آرامش درباره‌ی خواسته‌های ارتودنسی‌تان صحبت کنیم و به طور کامل شما را راهنمایی کنیم. برای جلسه مشاوره، علاوه بر اطلاعات شخصی شما، به اطلاعات پزشکی نیز نیاز داریم. اطلاعات شما را مطمئناً به صورت محرمانه دریافت خواهیم کرد.

بیمار

نام		دندان‌پزشک	
نام کوچک		بیمه سلامت	
تاریخ تولد		پزشک کودکان	

آیا خواهر یا برادر شما اینجا تحت درمان هستند؟
☐ خیر ☐ بله

یادآوری وقت ملاقات از طریق پیامک یا ایمیل
☐ خیر ☐ بله

ولی یا سرپرست قانونی پرداخت‌کننده صورت‌حساب

نام		تلفن منزل	
نام کوچک		تلفن همراه	
تاریخ تولد		ایمیل شخصی	
خیابان، شماره		شغل	
کد پستی / شهر		کارفرما	

چطور با ما آشنا شدید؟

☐ توصیه شده / معرفی شده توسط

نوع بیمه

☐ بیمه تامین اجتماعی ☐ بیمه خصوصی
☐ کمک هزینه ☐ بیمه تکمیلی برای ارتودنسی

سابقه دندان‌پزشکی

آیا در جای دیگری قبلاً مشاوره ارتودنسی انجام شده است؟	☐ نه، ☐ نزدیک
آیا در جای دیگری قبلاً درمان ارتودنسی انجام شده است؟	☐ نه، ☐ توسط
آیا فرزند شما دچار ناراحتی در مفصل فک یا صدای تق‌تق در مفصل است؟	☐ بله ☐ خیر
فرزند شما چه زمانی اولین دندان‌های دائمی پیشین را درآورد؟	
آیا در خانواده شما دندان‌های اضافی یا کمبود دندان تشخیص داده شده است؟	☐ بله ☐ خیر
آیا فرزند شما دچار حادثه‌ای شده که در آن دندان‌های شیری یا دائمی آسیب دیده‌اند؟	☐ بله ☐ خیر
آخرین ویزیت دندان‌پزشکی شما چه زمانی و کجا بوده است؟	

سوابق پزشکی

آیا فرزند شما انگشت یا پستانک را مکیده است؟	☐ بله، انگشت شست / انگشتان
آیا فرزند شما با دهان باز نفس می‌کشد؟	☐ بله، پستانک چند مدت؟
آیا فرزند شما خر و پف می‌کند؟	☐ بله ☐ خیر
آیا فرزند شما در حال حاضر تحت درمان پزشکی است؟	☐ بله، به‌خاطر
آیا بیماری‌های عمومی مانند آسم، صرع، نقص قلبی، دیابت، راشیتیزم، تمایل به خونریزی، مشکلات ارتوپدی یا وجود دارد؟ (HIV، کروتزفیلد-جاکوب، MRSA، بیماری‌های عفونی (مانند هپاتیت، سل	☐ بله ☐ خیر
اگر بله، کدام؟	
آیا فرزند شما باید به طور منظم دارو مصرف کند؟	☐ بله، و آن این است که
آیا فرزند شما به موادی مانند نیکل، لاتکس یا موارد دیگر حساسیت دارد؟	☐ بله
آیا فرزند شما سوز بادی می‌نوازد؟	☐ بله، و آن این است که
آیا برای فرزند شما درمان گفتاردرمانی انجام شده است؟	☐ بله، توسط
	☐ خیر تا ☐ نزدیک

عکس برداری با اشعه ایکس

☐ بله ☐ خیر

آیا تا به حال از ناحیه سر، فک یا دندان‌های فرزند شما عکس برداری با اشعه ایکس انجام شده است؟

☐ بله ☐ خیر

اگر بله، آیا این عکس برداری در ۱۲ ماه گذشته انجام شده است؟

اگر بله، نزد کدام پزشک یا در کدام بیمارستان؟

توجه: دستگاه‌های مدرن ما کمترین میزان پرتو را تضمین می‌کنند.

به ما کمک کنید تا شما را بهتر بشناسیم

چرا به نزد ما آمده‌اید و چه کاری می‌توانیم برای شما انجام دهیم؟

با تشکر فراوان از همکاری شما. ما تمام تلاش خود را خواهیم کرد تا اقامت شما نزد ما تا حد امکان دلپذیر و راحت باشد. این اطلاعات برای همکاری مبتنی بر اعتماد و همچنین برای درمان صحیح پزشکی ضروری هستند. اطلاعات شما کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و مشمول رازداری پزشکی طبق ماده ۲۰۳ قانون جزای آلمان و همچنین تحت پوشش قوانین سختگیرانه حفاظت از داده‌ها قرار دارد. تنها در چارچوب همکاری با شرکت‌های حسابداری، داده‌های مربوط به صورت‌حساب در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت.

ارتودنسی مدرن، مانند سایر حوزه‌های پزشکی، نیازمند کار تیمی است. به همین دلیل برخی خدمات جزئی توسط دستیاران دندان پزشکی آموزش دیده و دوره دیده، تحت دستور فردی قبلی متخصص ارتودنسی و تحت نظارت، پیگیری و کنترل مستقیم وی انجام می‌گیرند.

رضایت‌نامه برای انتقال اطلاعات پزشکی به دلایل درمانی

بدین وسیله رضایت خود را اعلام می‌دارم که مدارک تهیه شده از من / از فرزندم (مانند مدل‌ها، تصاویر رادیولوژی، عکس‌ها، سابقه پزشکی) به سایر پزشکان، آزمایشگاه‌ها یا کارشناسان ارسال شوند، مشروط بر آن‌که این امر در جهت پیشرفت یا بهبود روند درمان باشد.

فرم رضایت‌نامه مطالعه شد

مکان، تاریخ، امضا

رضایت‌نامه استفاده از داده‌های مربوط به مطب

اینجانب رضایت خود را اعلام می‌دارم که تصاویر تهیه شده از من / از فرزندم در چارچوب درمان در مطب دکتر مهسا تهرانی، به صورت ناشناس منتشر شوند. مطلع هستم که این تصاویر ممکن است مثلاً در وبسایت مطب یا به شکل دیگری در ارائه‌های علمی و برای اهداف بازاریابی مطب استفاده شوند. این رضایت را می‌توانم در هر زمان با ارائه اعلامیه کتبی به مطب دکتر مهسا تهرانی با فوریت لغو نمایم.

فرم رضایت‌نامه مطالعه شد

مکان، تاریخ، امضا

برای بیمه‌شدگان خصوصی

لطفاً طرح درمان را ظرف مدت ۲ هفته به سازمان بیمه‌گر خود ارائه دهید. در ابتدای درمان، نامه تأییدیه سازمان بیمه‌گر خود را به ما تحویل دهید.

برای بیمه‌شدگان تامین اجتماعی

بیمه‌شدگان موظف هستند کارت بیمه خود را قبل از شروع اولین درمان یا در هر فصل جدید تحویل دهند، اما حداکثر قبل از صدور صورت‌حساب. در صورتی که حسابداری از طریق بیمه درمانی قانونی انجام شود، شما باید ۲۰٪ از مبلغ صورت‌حساب مربوط به خدمات ارتودنسی را به بیمه خود پیش‌پرداخت کنید. این سهم شخصی پس از پایان موفقیت‌آمیز درمان توسط بیمه به شما بازپرداخت می‌شود.

این قاعده سهم شخصی همچنین برای تشخیص اولیه نیز اعمال می‌شود. بنابراین ممکن است قبل از شروع درمان اصلی، صورت‌حسابی دریافت کنید. جزئیات لازم درباره روند درمان و مقررات هزینه‌ها در یک جلسه مشاوره به طور کامل برای شما توضیح داده خواهد شد.

برای همه بیماران

اطلاعات ارائه شده توسط شما مشمول رازداری پزشکی طبق ماده ۲۰۳ قانون کفیری و همچنین مقررات سختگیرانه قانون حفاظت از داده‌ها و یا مقررات عمومی می‌باشد. داده‌ها برای استفاده داخلی مطب با استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای ثبت می‌شوند. همچنین ما حق داریم که تسویه حساب را توسط (GDPR) حفاظت از داده‌ها مرکز تسویه حساب دندان پزشکی راین-روهر انجام دهیم.

من تأیید می‌کنم که اطلاعات ارائه شده در این پرسشنامه را با صداقت و بهترین دانش خود اعلام کرده‌ام. متعهد می‌شوم هرگونه تغییرات (وضعیت سلامتی، بارداری، تغییر بیمه درمانی، آدرس محل سکونت و غیره) را بدون تأخیر اطلاع دهم.

اطلاعات حفاظت از داده‌ها دریافت شد

بدین وسیله تأیید می‌کنم که این فرم ثبت‌نام را با دقت مطالعه کرده و به سوالات بر اساس بهترین دانش و صداقت خود پاسخ داده‌ام.

تاریخ

امضای والدین / قیم قانونی