

Анамнез для детей

Добро пожаловать в ортодонтическую клинику на Нордштрассе. Мы хотим подробно обсудить с вами ваши пожелания по ортодонтическому лечению и предоставить вам всестороннюю консультацию. Для этого нам понадобятся не только ваши личные данные, но и медицинская информация. Разумеется, все ваши сведения будут приняты с соблюдением конфиденциальности.

Kieferorthopädie Nordstraße



Dr. med. dent. Mahsa Tehrani
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Пациент

Имя:		Стоматолог:	
Фамилия:		Медицинская страховая компания:	
Дата рождения:		Педиатр:	
Проходят ли братья или сестры здесь лечение?		Желаете ли вы получать напоминание о приеме по SMS или электронной почте?	
☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет	

Законный представитель

Имя:		Домашний телефон:	
Фамилия:		Мобильный телефон:	
Дата рождения:		Личный электронный адрес:	
Улица, дом:		Профессия:	
Почтовый индекс / Город:		Работодатель:	

Вид страхования

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

Анамнез по стоматологии

Проходил ли ваш ребенок ранее ортодонтическую консультацию в другом месте? ☐ Да, у ☐ Нет

Проходил ли ваш ребенок ранее ортодонтическое лечение в другом месте? ☐ Да, с ☐ Нет

Жалуется ли ваш ребенок на боли или щелчки в челюстном суставе? ☐ Да ☐ Нет

Когда у вашего ребенка появились первые постоянные резцы? ☐ Да ☐ Нет

Обнаруживались ли в вашей семье случаи избытка или нехватки зубов? ☐ Да ☐ Нет

Был ли у вашего ребенка случай с повреждением молочных или постоянных зубов? ☐ Да ☐ Нет

Когда и где был последний визит вашего ребенка к стоматологу? ☐ Да ☐ Нет

Сбор медицинского анамнеза

Сосал ли ваш ребенок палец или пустышку? ☐ Да, большой палец/палец ☐ Да, пустышка — как долго? ☐ Нет

Дышит ли ваш ребенок ртом? ☐ Да ☐ Нет

Храпит ли ваш ребенок? ☐ Да ☐ Нет

Сейчас ваш ребенок проходит лечение у врача? ☐ Да, из-за: ☐ Нет

Имеются ли у вашего ребенка общие медицинские заболевания, такие как астма, эпилепсия, пороки сердца, диабет, рахит, склонность к кровотечениям, ортопедические проблемы или инфекционные болезни (например, гепатит, туберкулез, MRSA, болезнь Крейцфельда-Якоба, ВИЧ)? ☐ Да ☐ Нет Если да, то какие? ☐ Нет

Принимает ли ребенок регулярно лекарства? ☐ Да, а именно: ☐ Нет

Есть ли у вашего ребенка аллергии, например, на никель, латекс и т.д.? ☐ Да: ☐ Нет

Играет ли ваш ребенок на духовых музыкальных инструментах? ☐ Да, а именно: ☐ Нет

Проходил ли ваш ребенок логопедическое лечение? ☐ Да, с ☐ Нет

Рентгенологическое исследование

Делали ли вашему ребенку когда-либо рентген головы, челюсти или зубов?

☐ Да ☐ Нет

Если да, было ли это в течение последних 12 месяцев?

☐ Да ☐ Нет

Если да, у какого врача/в какой больнице?

(Примечание: Наше современное оборудование обеспечивает максимально низкую дозу облучения.)

Помогите нам лучше познакомиться с вами

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

Большое спасибо за ваше сотрудничество. Мы приложим все усилия, чтобы ваше пребывание у нас было как можно более комфортным. Эти данные необходимы для доверительного сотрудничества и корректного медицинского лечения. Ваши данные будут строго конфиденциальны. Они подпадают под врачебную тайну согласно статье 203 Уголовного кодекса, а также под строгие положения закона о защите данных. Только в рамках сотрудничества с расчетной компанией будут передаваться данные, необходимые для выставления счетов.

Современная ортодонтия, как и все медицинские области, требует командной работы. Поэтому отдельные услуги могут выполняться обученными и прошедшими повышение квалификации ассистентками стоматолога по предварительному индивидуальному назначению ортодонта и под его контролем, наблюдением и управлением.

Согласие на передачу данных в медицинских целях

Настоящим я даю согласие на передачу моих документов/документов моего ребенка (например, моделей, рентгеновских снимков, фотографий, анамнеза) другим врачам, лабораториям или экспертам, если это способствует прогрессу или улучшению лечения.

Согласие прочитано:

Место, дата, подпись

Согласие на использование данных в медицинской практике

Настоящим я даю согласие на анонимное опубликование изображений меня/моего ребенка, сделанных в рамках лечения в клинике доктора Махссы Техрани. Мне известно, что эти изображения могут быть опубликованы, например, на сайте клиники или использованы в научных презентациях, а также для маркетинговых целей клиники. Я могу в любое время отозвать это согласие путем письменного заявления в клинику доктора Махссы Техрани с немедленным вступлением отзыва в силу.

Согласие прочитано:

Место, дата, подпись

Для пациентов с частным медицинским страхованием

Пожалуйста, предоставьте план лечения вашему страховщику в течение 2 недель. Перед началом лечения предоставьте нам подтверждение согласия вашего страховщика.

Для пациентов с обязательным медицинским страхованием

Члены обязательного медицинского страхования обязаны предъявлять страховую карту до начала первого лечения или в каждом новом квартале, но не позднее чем до выставления счета. При расчетах через обязательное медицинское страхование вам необходимо оплатить 20% от суммы счета за все ортодонтические услуги заранее. Эта доля будет возмещена вашей страховой компанией после успешного завершения лечения.

Это правило по оплате собственных средств действует уже на этапе первоначальной диагностики. Поэтому возможно, что вы получите счет до фактического начала лечения. Все необходимые детали по процессу лечения и расчету стоимости будут подробно обсуждены с вами на консультации.

Для всех пациентов

Предоставленные вами сведения подпадают под врачебную тайну согласно статье 203 Уголовного кодекса, а также под строгие требования закона о защите данных и Общего регламента по защите данных (GDPR). Данные собираются для внутреннего использования клиники с помощью компьютерной системы. Мы также оставляем за собой право передать обработку счетов в стоматологическую расчетную палату Рейн-Рур. Я подтверждаю, что сведения, указанные в этой анкете, предоставлены мной честно и в соответствии с моими лучшими знаниями. Я обязуюсь незамедлительно сообщать обо всех изменениях (состояние здоровья, беременность, смена страховой компании, место жительства и т.д.).

Получил(а) информацию о защите данных

Настоящим подтверждаю, что внимательно прочитал(а) этот регистрационный бланк и ответил(а) на вопросы в соответствии с моими лучшими знаниями и правдиво.

Дата

Подпись законного представителя