

تضع جميع المعلومات لواجب الكتمان الطبي بموجب المادة ٢٠٣ من قانون العقوبات الجنائية إلى جانب أحكام حماية البيانات. يتم إدارة قسم طب الأسنان في المركز بنظام الطلب. وهو ما يعني أن أوقات الانتظار الخاصة بكم سوف تكون قليلة في العادة. إذا لم تتمكن من الالتزام بالموعد المتفق عليه، فإننا نرجو منكم إلغاء هذا الموعد في وقتٍ مبكر، وذلك لكي نتكمن من تنسيق موعد بديل لكم من أجل العلاج.
يرجى منكم قراءة سياسة الخصوصية الخاصة بنا: www.deine-zahnarztpraxis.de/datenschutz

المرضى الأزواج من الرجال والنساء،
تقدم لكم خالص الشكر على ثقتكم في عيادتنا.

لكي نتكمن من تقديم الرعاية المثلى لكم منذ البداية، نرجو منكم الإجابة على الأسئلة المُدرجة أدناه بالكامل قدر الإمكان. إن المعلومات المتضمنة هنا ذات أهمية كبيرة لدينا، كما إنها تساعد في خدمة العلاج المرغوبة فيها من جانبكم.

المرضى (ة) [[Patient(in)]]		اسم العائلة * [Name]	الاسم الأول * [Vorname]	مواليد * [geb]
مؤمن عليه (ل) [[Versicherte(r)]]		اسم العائلة * [Name]	الاسم الأول * [Vorname]	مواليد * [geb]
العنوان [Anschrift]		الشارع / رقم. * [Straße / Nr.]	الرقم البريدي / المكان * [PLZ / Ort]	
هاتف ا خط أرضي * [Telefon / Festnetz]		هاتف ا جوال [Telefon / mobil]	بريد إلكتروني [E-Mail]	@
صندوق تأمين صحي [Krankenkasse]		تأمين إلزامي [Gesetzliche Versicherung]	تأمين خاص (تأمين إضافي) [Private (Zusatz)-Versicherung]	تأمين [ja] لا [nein] مستحق للمعونة؟ [beihilfeberechtigt?]
المهنة [Beruf]		صاحب عمل [Arbeitgeber]	هاتف العمل [Telefon, dienstl.]	
طبيب أسرة [Hausarzt]		اسم العائلة [Name]	الرقم البريدي / المكان [PLZ / Ort]	

ملاحظة بشأن المحاسبة
يتم تصفية الخدمات الخاصة والأسهم الخاصة عبر BFS للتمويل الصحي. يمكنكم الحصول على المزيد من المعلومات حول هذا الشأن عند الرغبة في التسجيل، ومن خلال الموقع الإلكتروني www.bfs-health-finance.de. في حالة عدم الموافقة، يتعين علينا الإصرار على السداد نقداً أو عبر البطاقة.

ملحوظة للمرضى المؤمن عليهم عليهم تأمين خاص والمرضى مستحقي المعونة
يتم إجراء الحساب وفقاً لائحة الرسوم الخاصة بأطباء الأسنان / الأطباء (GOZ / GOÄ). نرجو تفهم أنه لا يمكن مراعاة وجود قيود استرداد أو تفسيرات فردية فيما يخص لائحة الرسوم التابعة لأطباء الأسنان (GOZ) بواسطة المسترد أثناء الحساب.

هل تعاني حالياً من ألم أو مشاكل صحية حادة، أو لديك أي رغبة تود أن نخبرنا بها؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها: [Haben Sie zur Zeit Schmerzen, akute Beschwerden oder Wünsche, die Sie zu uns führen? Wenn ja, welche:]

أرغب في الحصول على استشارة خاصة بشأن الموضوعات التالية [Ich wünsche eine spezielle Beratung...]	نعم [ja]	لا [nein]	ملحوظة [Bemerkung]
تنظيف أسنان احترافي / وقاية [Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe]			
الوقاية من التسوس والتهاب دواعم السن [Karies- und Parodontitisvorbeugung]			
ملغم ا طلع أو وضع بديل [Amalgam / Entfernung und Alternativen]			
ألم ا كسر ا سحق في مفصل الفك ا ألم في الرأس [Kiefergelenkschmerzen / -knacken / -knirschen / Kopfschmerz]			
علاج أسنان تجميلي ا تبييض أسنان ا سبرايك أو ما شابه [Kosmetisch-Ästhetische Zahnbehandlung...]			
سن اصطناعي [Zahnersatz]			
علاجات قناة الجذور تحت المجهر [Wurzelkanalbehandlungen unter Mikroskop]			
زرعات / جذور أسنان اصطناعية [Implantate / künstliche Zahnwurzeln]			
بالتعاون مع عيادة الرئة شليسفيج، الأطباء داهلينج وكذلك فولجر-داهلينج، نعالج أشكال توقف النفس الليلي (اضطراب التنفس) والشخير. يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية: [In Zusammenarbeit mit der Lungenarztpraxis Schleswig...]			
هل تعاني من الشخير؟ [Schnarchen Sie?]			
هل تعاني من الإجهاد أثناء النهار؟ [Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit]			
هل تلاحظ وجود انقطاع في التنفس ليلاً؟ [Bemerken Sie nächtliche Atemaussetzer?]			

في حالة وجود اثنتان من الأعراض الثلاثة الأخيرة لديك، فهناك شك في الإصابة باضطراب في التنفس مرتبط بالنوم. يجب مواصلة توضيح المشاكل - لذلك، سوف تحصل على استبيان خاص.
[Treffen zwei der letztgenannten drei Symptome bei Ihnen zu, besteht der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung. Die Probleme sollten abgeklärt werden]

لا [nein]	نعم [ja]
-----------	----------

أرغب في أن يتم التواصل معي لإجراء فحوصات روتينية بشكل منتظم (مكالمة تذكير)
[Ich möchte zur regelmäßigen Routineuntersuchung angeschrieben werden]

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية في فيما يخص صحتك!
إن إجابتك مهمة لنا لكي تتمكن من تقييم المخاطر المحتملة أثناء العلاج والأدوية وكذلك تجنبها.

ملحوظة [Bemerkung]	لا [nein]	نعم [ja]	
			هل تولي أهمية وقيمة للعلاج تحت التخدير الموضعي؟ [Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?]
			خاص بالنساء: هل يوجد حمل؟* [Für Frauen: Besteht Schwangerschaft?]
			متى كانت آخر زيارة لطبيب الأسنان؟ [Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung?]
			هل تدخن أو تتعاطي أي مواد إدمانية أخرى (الكحول أو المخدرات) بشكل منتظم؟ [Rauchen Sie oder nehmen Sie andere Suchtmittel (Alkohol, Drogen)?]
			إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر هذه المواد: [Wenn ja, bitte angeben]
			هل أصبت من قبل بهذه الأمراض أو هل أنت مصاب بها حاليًا؟ [Hatten oder haben Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?]
			التهاب الكبدى أ، التهاب الكبدى ب، التهاب الكبدى ج (اليرقان) * [Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C] [...]
			فيروس نقص المناعة البشرية + متلازمة نقص المناعة المكتسبة * [HIV + / AIDS]
			السكري (داء السكري) النمط الأول / النمط الثاني * [Diabetes (Zuckerkrankheit) TYP 1 / TYP 2]
			التهاب الشغاف (التهاب البطانة الداخلية في القلب) * [Endokarditis]
			أمراض أخرى خاصة بالقلب (نوبة قلبية، اضطراب النظم القلبي، صمام القلب الاصطناعي ...) [Andere Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Herzklappenersatz) ...]
			اضطراب ضغط الدم * [Blutdruckstörung]
			ربو * [Asthma]
			أمراض الدم / الاعتلال الخوذي / مستحضرات منع تخثر الدم ("مضادات تخثر الدم") * [Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen / Antikoagulationspräparate ...]
			نوبات / حالات مرع * [Anfallsleiden / Epilepsie]
			روماتزم * [Rheuma]
			سرطان / علاج إشعاعي / علاج كيميائي * [Krebs / Bestrahlung / Chemotherapie]
			أمراض أخرى: * [Andere Erkrankungen]
			هل تتعاطي أدوية في الوقت الحالي؟ [Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?]
			إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر هذه الأدوية: * [Wenn ja, welche]
			هل سبق لك أن عولجت بمسحوظات البايوسفونيت؟* [Sie sind Sie jemals mit Bisphosphonatpräparaten behandelt worden?]
			هل أنت مُصاب الآن أو أصبت من قبل بحساسية أو أعراض حساسية من إحدى المواد التالية؟ [Hatten oder haben Sie eine Allergie oder allergische Symptome auf eine der folgenden Substanzen?]
			حساسية يود * [Allergie Jod]
			حساسية بنسلين * [Allergie Penicillin]
			حساسية مضادات حيوية أخرى * [Allergie Andere Antibiotika]
			حساسية أسبرين (ASS) * [Allergie ASS (Aspirin)]
			حساسية مسكنات ألم أخرى * [Allergie Andere Schmerzmittel]
			حساسية مركبات الزئبق (ملغمة) * [Allergie Quecksilber]
			حساسية مركبات الكروم / الكوبالت / الموليبدنوم (الصلب) * [Allergie Chrom-...]
			حساسية مواد / أدوية أخرى * [Allergie Andere Substanzen / Medikamente]
			هل لديك أي من أمراض الأسنان / اللثة التالية؟ [Haben Sie eine der folgenden Zahn- / Zahnfleischerkrankungen?]
			نزيف اللثة / التهاب اللثة [Zahnfleischbluten / -entzündung]
			ألم في الأسنان، سواء في سنة واحدة أو مجموعة من الأسنان [Zahnschmerzen an einzelnen oder Gruppen...]
			أسنان بها تصبغ [Verfärbte Zähne]
			أسنان مفككة / ناقصة [Gelockerte / fehlende Zähne]
			تورمات أو تغيرات في الغشاء المخاطي من أصل غير معروف [Schwellungen oder...]
			هل لديك أي من بطاقات الإثبات التالية؟ [Haben Sie einen der folgenden Nachweis-Pässe?]
			دفتر نقاط طبيب الأسنان [Zahnärztliches Bonusheft]
			بطاقة أطفال خاصة بطبيب الأسنان [Zahnärztlicher Kinderpass]
			سجل الأشعة السينية / سجل الإشعاع [Röntgenpass / Strahlenpass]
			سجل أمراض القلب * [Herzpass]
			سجل الحساسية * [Allergiepass]

* المعلومات الإلزامية المطلوبة.
المعلومات الطوعية يمكن إغنائها في أي وقت.

على عيادتكم من خلال.

تعرفت

أتعهد بإبلاغكم بأي تغييرات في بياناتي الشخصية وكذلك حالتي الصحية في الوقت المناسب.
[Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?]

التوقيع:

المكان، التاريخ: