

## Kære patient

Mange tak for den tillid, du viser vores klinik.

For at kunne servicere dig optimalt fra begyndelsen beder vi dig om at besvare nedenstående spørgsmål så udtømmende som muligt. Oplysningerne er meget vigtige for os og kan hjælpe os med at finde den bedste tandbehandling til dig. **Alle oplysninger er underlagt den**

**lægelige tavshedspligt iht. § 203 i den tyske straffelov (StGB) og bestemmelserne vedrørende beskyttelse af personlige data.**

**zahnmedizin im zentrum** anvender et bestillingssystem. Derfor kan vi holde ventetiden så kort som mulig. Hvis du ikke kan komme til den aftalte tid, beder vi dig om at melde afbud i god tid, så vi kan aftale en ny tid til din tandbehandling. Bemærk venligst vores databeskyttelseserklæring: [www.deine-zahnarztpraxis.de/datenschutz](http://www.deine-zahnarztpraxis.de/datenschutz)

<b>Patient</b> <i>[Patient(in)]</i>	Efternavn* <i>[Name]</i>	Fornavn* <i>[Vorname]</i>	Født* <i>[geb.]</i>
<b>Forsikrede</b> <i>[Versicherte(r)]</i>	Efternavn* <i>[Name]</i>	Fornavn* <i>[Vorname]</i>	Født* <i>[geb.]</i>
<b>Adresse</b> <i>[Anschrift]</i>	Gade/husnummer* <i>[Straße/Nr.]</i>	Post-nr./by* <i>[PLZ/Ort]</i>	
	Telefon/fastnet* <i>[Telefon/Festnetz]</i>	Telefon/mobil <i>[Telefon/mobil]</i>	E-mail <i>[E-Mail]</i>
<b>Sygesikring</b> <i>[Krankenkasse]</i>	Lovpligtig forsikring <i>[Gesetzliche Versicherung]</i>	Privat (tillægs-) forsikring <i>[Private (Zusatz-)Versicherung]</i>	Tilskudsberettiget? <i>[Beihilfeberechtigt?]</i>
			Ja <i>[ja]</i> Nej <i>[nein]</i>
<b>Arbejde</b> <i>[Beruf]</i>	Arbejde <i>[Beruf]</i>	Arbejdsgiver <i>[Arbeitgeber]</i>	Telefon på arbejde <i>[Telefon, dienstl.]</i>
<b>Egen læge</b> <i>[Hausarzt]</i>	Navn <i>[Name]</i>		Post-nr./By <i>[PLZ/Ort]</i>

## Vigtigt for privatforsikrede og tilskudsberettigede patienter

Fakturering sker iht. de tyske tarifregler for tandlæger / læger (GOZ / GOÄ). Vi beder dig have forståelse for, at der ikke kan tages hensyn til refusionsbegrænsninger og refusionsmyndighedernes individuelle fortolkninger af GOZ i forbindelse med faktureringen.

## Bemærk vedrørende fakturering

Regulering af privat betaling og egne bidrag sker via **BFS health finance**. Yderligere oplysninger herom kan du få i receptionen eller på [www.bfs-health-finance.de](http://www.bfs-health-finance.de). Ved manglende samtykke opkræves betalingen **kontant eller på kort**.

## Har du tandsmerter, akutte problemer eller ønsker, som bringer dig til os? Hvis ja, hvilke:

*[Haben Sie zur Zeit Schmerzen, akute Beschwerden oder Wünsche, die Sie zu uns führen? Wenn ja, welche:]*

Jeg ønsker special rådgivning på følgende områder <i>[Ich wünsche eine spezielle Beratung...]</i>	Ja <i>[ja]</i>	Nej <i>[nein]</i>	Bemærkning <i>[Bemerkung]</i>
Professionel tandrensning <i>[Professionelle Zahnreinigung/Prophylaxe]</i>			
Karies- og parodontitisforebyggelse <i>[Karies- und Parodontitisvorbeugung]</i>			
Fjernelse af amalgam/alternative fyldningsstoffer <i>[Amalgam/Entfernung...]</i>			
Smerter i kæbeledet/knækken i kæbeledet/knirken i kæbeledet/hovedpine <i>[Kiefer ...]</i>			
Kosmetisk-æstetisk tandbehandling/tandblegning/keramisk restauration o.l. <i>[Kosmetisch-...]</i>			
Tandkroner, broer m.m. <i>[Zahnersatz]</i>			
Rodbehandling under mikroskop <i>[Wurzelkanalbehandlungen...]</i>			
Implantater/kunstige tandrødder <i>[Implantate/künstliche Zahnwurzeln]</i>			
<b>I samarbejde med lungeklinikken Lungenpraxis Schleswig, Dres. Deimling og Volger-Deimling, behandler vi former for natlig apnø (åndedrætsforstyrrelse) og snorken. I den forbindelse beder vi dig besvare følgende spørgsmål: <i>[In Zusammenarbeit mit ...]</i></b>			
Snorker du? <i>[Schnarchen Sie?]</i>			
Er du træt i løbet af dagen? <i>[Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?]</i>			
Bemærker du, at vejtrækningen standser om natten? <i>[Nächtliche Atemaussetzer?]</i>			
Hvis to ud af de tre nævnte symptomer passer på dig, har du muligvis en <b>søvnrelateret vejtrækningsforstyrrelse</b> . Problemerne bør afklares yderligere – med henblik på dette vil du modtage et særligt spørgeskema. <i>[Treffen zwei der letztgenannten drei Symptome bei Ihnen zu, besteht der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung. Die Probleme sollten...]</i>			

## Jeg ønsker at blive mindet om den regelmæssige tandundersøgelse via post eller e-mail (recall)

*[Ich möchte zur regelmäßigen Routineuntersuchung angeschrieben werden (Recall)]*

Ja <i>[ja]</i>	Nej <i>[nein]</i>

\* Obligatoriske oplysninger.

Frivillige oplysninger kan altid tilbagekaldes.

Vi beder dig om at besvare helbredsspørgsmålene på omstående side! →

## Vi beder dig om at besvare følgende helbredsspørgsmålene!

Dine svar er vigtige for at vurdere og undgå eventuelle risici i forbindelse med behandlingen og medicineringen.

	Ja [ja]	Nej [nein]	Bemærkning [Bemerkung]
Er behandling under lokalbedøvelse vigtigt for dig? [örtliche Betäubung?]			
For kvinder: Er du gravid? * [Für Frauen: Besteht Schwangerschaft?]			
Hvornår var din sidste tandlægeundersøgelse? [letzte zahnärztliche Untersuchung?]			
<b>Ryger du, eller indtager du regelmæssigt andre rusmidler (alkohol, narkotika)?</b> [Rauchen Sie oder nehmen Sie andere Suchtmittel (Alkohol, Drogen) regelmäßig zu sich?]			
Hvis ja, angiv hvilke: [Wenn ja, bitte angeben:]:			
<b>Har du haft, eller har du stadig en af følgende sygdomme?</b>			
Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C (gulsot) * [Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C...]			
HIV + /AIDS* [HIV + /AIDS]			
Diabetes mellitus (sukkersyge) Type 1 / Type 2* [Diabetes (Zuckerkrankheit) TYP 1 / TYP 2]			
Endokarditis (betændelse på hjerteklapper eller indersiden af hjertekamrene) * [Endokarditis...]			
Andre hjertesygdomme (hjerteanfald, hjerteflimmer, hjerteklapsygdom ...) * [Andere Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Herzklappenersatz...)]			
Blodtrykklidelse * [Blutdruckstörung]			Høj [hoch] Lav [niedrig]
Astma * [Asthma]			
Blodsygdomme / koagulationsforstyrrelser / antikoagulationspræparater * (blodfortyndende medicin) [Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen...]			
Epilepsi * [Anfallsleiden / Epilepsie]			
Reumatisme * [Rheuma]			
Kræft / stråling / kemoterapi * [Krebs / Bestrahlung / Chemotherapie]			
Andre sygdomme: * [Andere Erkrankungen.]			
<b>Indtager du p.t. medikamenter?</b> [Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?]			
Hvis ja, hvilke: * [Wenn ja, welche:]			
Er du nogensinde blevet behandlet med bisfosfonatpræparater? * [Sie sind Sie jemals mit Bisphosphonatpräparaten behandelt worden?]			
<b>Har du været eller er du allergisk eller får du allergiske reaktioner over for en af følgende stoffer:</b> [Hatten oder haben Sie eine Allergie oder allergische Symptome auf folgende Substanzen?]			(Hvis du ikke er sikker, beder vi dig tjekke dit allergipas!) [Bitte schauen Sie ggf. in Ihrem Allergiepass nach!]
Allergi Jod * [Allergie Jod]			
Allergi Penicillin * [Allergie Penicillin]			
Allergi Andre antibiotika * [Allergie Andere Antibiotika]			
Allergi Aspirin * [Allergie ASS (Aspirin)]			
Allergi Andre smertelindrende midler * [Allergie Andere Schmerzmittel]			
Allergi Kviksølvforbindelser (amalgam) * [Allergie Quecksilber]			
Allergi Krom- / kobalt- / molybdænenforbindelser (stål) * [Allergie Chrom-...]			
Allergi Andre stoffer / lægemidler * [Allergie Andere Substanzen / Medikamente]			
<b>Har du en af følgende tand- / tandkødssygdomme?</b> [Haben Sie eine der folgenden Zahn- / Zahnfleischerkrankungen?]			
Blødende tandkød / tandkødsbetændelse [Zahnfleischbluten / -entzündung]			
Tandsmerter på en eller flere tænder [Zahnschmerzen an einzelnen oder Gruppen...]			
Misfarvede tænder [Verfärbte Zähne]			
Løse / manglende tænder [Gelockerte / fehlende Zähne]			
Hævelser eller slimhindeforandringer i munden af ukendte årsager [Schwellungen oder...]			
<b>Er du i besiddelse af en eller flere af disse dokumenter?</b> [Haben Sie Nachweis-Pässe? ...]			
Tandlægebonushæfte [Zahnärztliches Bonusheft]			Angiv venligst: [bitte ausstellen:]
Tandlægebørnepas [Zahnärztlicher Kinderpass]			Angiv venligst: [bitte ausstellen:]
Røntgenpas / strålingspas [Röntgenpass / Strahlenpass]			Angiv venligst: [bitte ausstellen:]
Hjertepas * [Herzpass]			
Allergipas * [Allergiepass]			

Jeg blev opmærksom på jeres klinik gennem

[Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?]

\* Obligatoriske oplysninger.

Frivillige oplysninger kan altid tilbagekaldes.

Jeg forpligter mig til hurtigst muligt, at meddele ændringer af mine personlige oplysninger og min helbredstilstand.

Sted, dato:

Underskrift: