

Уважаемый пациент, уважаемая пациентка,
благодарим вас за оказанное доверие.

Просим вас как можно полнее ответить на вопросы этой анкеты, чтобы мы могли сразу же предоставить вам оптимальную медицинскую помощь. Эта информация очень важна для нас и помогает в организации вашего лечения. *Все эти сведения являются врачебной тайной согласно § 203 уголовного кодекса и охраняются в соответствии с требованиями по защите персональных данных.*

Прием в клинике **zahnmedizin im zentrum** ведется по записи. Это означает, что вам практически не придется ждать. Если вы не можете прийти в назначенное время, просим сообщить об этом заранее, чтобы мы могли согласовать с вами новое время визита. Пожалуйста, обратите внимание на нашу политику конфиденциальности: www.deine-zahnarztpraxis.de/datenschutz

Пациент(-ка) <i>[Patient(in)]</i>	Фамилия* <i>[Name]</i>	Имя* <i>[Vorname]</i>	д.р.* <i>[geb.]</i>
Застрахованное лицо <i>[Versicherte(r)]</i>	Фамилия* <i>[Name]</i>	Имя* <i>[Vorname]</i>	д.р.* <i>[geb.]</i>
Адрес <i>[Anschrift]</i>	Улица / дом* <i>[Straße/Nr.]</i>		Почтовый индекс / город* <i>[PLZ/Ort]</i>
	Домашний телефон* <i>[Telefon/Festnetz]</i>		Мобильный телефон <i>[Telefon/mobil]</i>
	Эл. почта <i>[E-Mail]</i>		
Больничная касса <i>[Krankenkasse]</i>	Обязательное страхование <i>[Gesetzliche Versicherung]</i>	Частное (дополнительное) страхование <i>[Private (Zusatz)-Versicherung]</i>	Вам полагается пособие? <i>[beihilfeberechtigt?]</i>
	Профессия <i>[Beruf]</i>	Работодатель <i>[Arbeitgeber]</i>	Рабочий телефон <i>[Telefon, dienstl.]</i>
Ваш терапевт <i>[Hausarzt]</i>	Фамилия <i>[Name]</i>		Почтовый индекс / город <i>[PLZ/Ort]</i>

Примечание для пациентов с частной страховкой и с правом на пособие

Счет выставляется согласно каталогу цен на медицинские / стоматологические услуги (GOZ / GOÄ). Просим вас отнестись с пониманием к тому факту, что при выставлении счета невозможно учесть ограничения по возмещению и индивидуальную интерпретацию каталога цен на стоматологические услуги для данного пациента.

Указания по расчетам

Счета за частные услуги и долю услуг, оплачиваемую пациентом, выставляются через BFS health finance. Подробную информацию можно получить по запросу и на сайте www.bfs-health-finance.de. При отсутствии согласия мы вынуждены настоять на оплате наличными или банковской картой.

У вас есть боли, острое недомогание или конкретные вопросы, с которыми вы хотите к нам обратиться? Если да, то какие:
[Haben Sie zur Zeit Schmerzen, akute Beschwerden oder Wünsche, die Sie zu uns führen? Wenn ja, welche:]

Я хочу получить консультацию по следующим темам <i>[Ich wünsche eine spezielle Beratung...]</i>	да <i>[ja]</i>	нет <i>[nein]</i>	примечания <i>[Bemerkung]</i>
Профессиональная гигиена полости рта / профилактика <i>[Zahnreinigung...]</i>			
Профилактика кариеса и пародонтита <i>[Karies- und Parodontitisvorbeugung]</i>			
Амальгамные пломбы / удаление и альтернативы <i>[Amalgam/Entfernung...]</i>			
Боль / хруст / щелчки в височно-нижнечелюстном суставе / головные боли <i>[Kiefer...]</i>			
Косметические и эстетические стоматологические услуги / отбеливание зубов / керамика и пр. <i>[Kosmetisch-Ästhetische Zahnbehandlung...]</i>			
Протезирование зубов <i>[Zahnersatz]</i>			
Обработка корневых каналов под микроскопом <i>[Wurzelkanalbehandlungen...]</i>			
Имплантация / искусственные корни <i>[Implantate/künstliche Zahnwurzeln]</i>			
Совместно с пульмонологической клиникой Schleswig (д. Даймлинг и Фольгер-Даймлинг) мы лечим различные формы ночного апноэ (нарушений дыхания) и храпа. Для этого просим вас ответить на следующие вопросы: <i>[In Zusammenarbeit...]</i>			
Вы храпите? <i>[Schnarchen Sie?]</i>			
Вы страдаете от усталости днем? <i>[Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?]</i>			
У вас бывают ночные остановки дыхания? <i>[Bemerken Sie nächtliche Atemaussetzer?]</i>			
Если у вас есть два из трех названных симптомов, то можно заподозрить нарушение дыхания во сне. Эту проблему нужно изучить подробнее - для этого вы получите дополнительную анкету. <i>[Treffen zwei der letztgenannten drei Symptome bei Ihnen zu, besteht der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung. Die Probleme sollten...]</i>			

Я хочу записаться на регулярный плановый осмотр (повторный прием) *[Ich möchte zur regelmäßigen Routineuntersuchung...]*

да <i>[ja]</i>	нет <i>[nein]</i>

* Необходимая обязательная информация. Информация, данная на добровольных началах, может быть отозвана в любое время.

Пожалуйста, ответьте на вопросы о вашем здоровье на обратной стороне. →

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о вашем здоровье!

Ваши ответы помогут нам оценить и предотвратить возможные риски при лечении и выборе медикаментов.

	да [ja]	нет [nein]	примечания [Bemerkung]	
Для вас важно лечение под местной анестезией? [örtliche Betäubung?]				
Для женщин: вы беременны?* [Für Frauen: Besteht Schwangerschaft?]				
Когда вы последний раз были на осмотре у стоматолога? [letzte Unters.?...]				
Вы курите или регулярно принимаете другие наркотические средства (алкоголь, наркотики)? [Rauchen Sie oder nehmen Sie andere Suchtmittel (Alkohol)...] Если да, укажите, какие: [Wenn ja, bitte angeben]				
У вас есть или были какие-либо из этих заболеваний? [Hatten oder haben Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?]				
Гепатит А, гепатит В, гепатит С («желтуха»)* [Hepatitis A, Hepatitis B,...]				
ВИЧ + / СПИД* [HIV + / AIDS]				
Диабет 1-го типа / 2-го типа* [Diabetes (Zuckerkrankheit) TYP 1 / TYP 2]				
Эндокардит (воспаление внутренней оболочки сердца)* [Endokarditis ...]				
Другие заболевания сердца (инфаркт, нарушения ритма, замена сердечного клапана и пр.)* [Andere Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Rhythmusstörungen...)]				
Нарушения кровяного давления* [Blutdruckstörung]			повышенное [hoch]	пониженное [niedrig]
Астма* [Asthma]				
Заболевания крови / нарушения свертываемости / прием антикоагулянтов («кроверазжижающих средств»)* [Bluterkrankungen ...]				
Припадки / эпилепсия* [Anfallsleiden / Epilepsie]				
Ревматизм* [Rheuma]				
Рак / лучевая терапия / химиотерапия* [Krebs/Bestrahlung/Chemotherapie]				
Прочие заболевания:* [Andere Erkrankungen:]				
Вы сейчас принимаете медикаменты? [Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?]				
Если да, то какие:* [Wenn ja, welche:]				
Вы когда-нибудь принимали бифосфонаты?* [Sie sind Sie jemals mit Bisphosphonatpräparaten behandelt worden?]				
У вас есть или была аллергия или аллергические симптомы на следующие вещества? [Hatten oder haben Sie eine Allergie oder allergische Symptome auf...]			(При необходимости сверьтесь со своим аллергологическим паспортом!) [Bitte schauen Sie ggf. in Ihrem Allergiepass nach!]	
Аллергия йод* [Allergie Jod]				
Аллергия пенициллин* [Allergie Penicillin]				
Аллергия прочие антибиотики* [Allergie Andere Antibiotika]				
Аллергия АСК (аспирин)* [Allergie ASS (Aspirin)]				
Аллергия прочие обезболивающие* [Allergie Andere Schmerzmittel]				
Аллергия соединения ртути (амальгама)* [Allergie Quecksilber]				
Аллергия соединения хрома, кобальта, молибдена (сталь)* [Allergie Chrom-...]				
Аллергия прочие вещества / медикаменты* [Allergie Andere Substanzen ...]				
У вас есть какие-либо из перечисленных заболеваний зубов / десен? [Haben Sie eine der folgenden Zahn- /Zahnfleischerkrankungen?]				
Кровотечение / воспаление десен [Zahnfleischbluten / -entzündung]				
Зубная боль (один или несколько зубов) [Zahnschmerzen an einzelnen oder...]				
Изменение цвета зубов [Verfärbte Zähne]				
Ослабление / выпадение зубов [Gelockerte / fehlende Zähne]				
Опухоли или изменения слизистых оболочек неизвестного происхождения [Schwellungen oder Schleimhautveränderungen unbekannter Entstehung]				
У вас есть какие-либо из перечисленных документов? [Haben Sie Nachweis-Pässe?]				
Паспорт стоматологического пациента [Zahnärztliches Bonusheft]			оформить: [bitte ausstellen:]	
Детский стоматологический паспорт [Zahnärztlicher Kinderpass]			оформить: [bitte ausstellen:]	
Паспорт рентгенологических исследований / лучевой диагностики [Röntgenpass...]			оформить: [bitte ausstellen:]	
Кардиологический паспорт* [Herzpass]				
Аллергологический паспорт* [Allergiepass]				

Я узнал(-а) о вашей клинике из

[Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?]

Я обязуюсь своевременно сообщать об изменении моих персональных данных и состояния здоровья.

Место, дата:

Подпись:

* Необходимая обязательная информация. Информация, данная на добровольных началах, может быть отозвана в любое время.