

Değerli hastamız,

muayenehanemize göstermiş olduğunuz güven için teşekkür ederiz.

Size en başından itibaren en iyi desteği sunabilmek için aşağıda listelenen soruları olabildiğince tam olarak yanıtlanmanızı rica ediyoruz. İçerdiği bilgiler bizim için çok önemlidir ve ihtiyacınız olan terapi hizmeti için yararlıdır.

Tüm bilgiler md. § 203 StGB (Ceza Kanunu) ve veri koruma yasası hükümleri uyarınca hekimin sır saklama yükümlülüğüne tabidir.

zahnmedizin im zentrum sipariş sistemine göre yürütülür. Bunun sizin için anlamı her şeyden önce daha kısa bekleme süreleridir. Randevunuza gelemeceğiniz olursanız randevunuzu erken zamanda iptal etmenizi rica ediyoruz. Bu sayede tedaviniz için başka bir randevu verebiliriz. Lütfen verilerin korunmasına ilişkin uyarılarımızı dikkate alınınız:

www.deine-zahnarztpraxis.de/datenschutz

Hasta [Patient(in)]	Soyadı* [Name]	Adı* [Vorname]	doğ.tar.* [geb.]
Sigortalı [Versicherte(r)]	Soyadı* [Name]	Adı* [Vorname]	doğ.tar.* [geb.]
Adres [Anschrift]	Sokak / No.* [Straße/Nr.]	PK / Şehir* [PLZ/Ort]	@
	Telefon / sabit hat* [Telefon / Festnetz]	Telefon / mobil [Telefon / mobil]	E-posta [E-Mail]
Hastalık kasası [Krankenkasse]	Yasal sigorta [Gesetzliche Versicherung]	Özel (ek) sigorta [Private (Zusatz)-Versicherung]	evet [ja] hayır [nein] yardım alma hakkı var mı? [beihilfeberechtigt?]
Meslek [Beruf]	Meslek [Beruf]	İşveren [Arbeitgeber]	Telefon, iş [Telefon, dienstl.]
Aile hekimi [Hausarzt]	Soyadı [Name]	PK / Şehir [PLZ/Ort]	

Özel sigortalı ve yardım alma hakkına sahip hastalar için uyarı

Faturalandırma dış hekimleri / hekimler ücret yönetmeliğine (GOZ / GOÄ) göre yapılır. Geri ödeme kısıtlamalarının ve GOZ'nin bireysel geri ödemelerin faturalamada dikkate alınamayacağını lütfen unutmayınız.

Faturalama hakkında uyarı

Özel ödemelerin ve katılım paylarının tahsilatı **BFS health finance** üzerinden gerçekleşir. Bununla ilgili ayrıntılı bilgileri isterseniz danışmadan veya www.bfs-health-finance.de adresinden edinebilirsiniz. Onay verilmemesi durumunda **nakit ya da kredi kartı ile ödeme** konusunda ısrar etmek zorundayız.

Şu anda bize gelmenize neden olan ağrılarınız, akut şikayetleriniz veya istekleriniz var mı? Varsa hangileri: [Haben Sie zur Zeit Schmerzen, akute Beschwerden oder Wünsche, die Sie zu uns führen? Wenn ja, welche:]

Aşağıdaki konulara ilişkin özel bir danışmanlık hizmeti istiyorum [Ich wünsche eine spezielle Beratung...]	evet [ja]	hayır [nein]	Not [Bemerkung]
Profesyonel diş temizliği / profilaksi [Professionelle Zahnreinigung / Prophylaxe]			
Çürük ve periodontitis önleme [Karies- und Parodontitisvorbeugung]			
Amalgam / çıkarma ve alternatifler [Amalgam / Entfernung und Alternativen]			
Çene eklemi ağrıları / çatırdamaları / gıcırdamaları / baş ağrısı [Kiefergelenk...]			
Kozmetik-estetik diş tedavisi / diş beyazlatma / seramik vb. [Kosmetisch-...]			
Protez [Zahnersatz]			
Mikroskop altında kök kanal tedavisi [Wurzelkanalbehandlungen...]			
İmplantlar / yapay diş kökleri [Implantate / künstliche Zahnwurzeln]			
Lungenpraxis Schleswig, Dres. Deimling ve Volger-Deimling ile iş birliği içinde gece apnesi (solunum bozukluğu) ve horlama biçimlerini tedavi ediyoruz. Lütfen bunun için aşağıdaki soruları cevaplayınız: [In Zusammenarbeit mit der Lungen...]			
Horluyor musunuz? [Schnarchen Sie?]			
Gündüzleri yorgun hissediyor musunuz? [Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?]			
Geceleri nefes kesintilerini fark ettiniz mi? [Bemerken Sie nächtliche Atemaussetzer?]			
Bu üç belirtiden ikisi sizin için geçerliyse uykuyla ilgili solunum bozukluğu şüphesi söz konusu olabilir . Bu problemlerin incelenmesi gerekir. Bunun için özel bir anket formu alacaksınız. [Treffen zwei der letztgenannten drei Symptome bei Ihnen zu, besteht der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung. Die Probleme sollten...]			

Düzenli rutin muayeneye kayıt yaptırmak istiyorum (Recall)

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

evet [ja]	hayır [nein]
--------------	-----------------

* Verilmesi zorunlu olan bilgiler.

Gönüllü olarak verilen bilgiler her an iptal edilebilir.

Lütfen arka sayfada sağlığınızla ilgili soruları cevaplayınız! →

Lütfen sağlığınıza ilgili aşağıdaki soruları cevaplayınız!

Cevaplarınız, tedavi ve ilaçlarda olası riskleri değerlendirmek ve önlemek için önemlidir.

	evet [ja]	hayır [nein]	Not [Bemerkung]
Lokal anestezi ile tedaviye değer veriyor musunuz? [örtliche Betäubung?]			
Kadınlar için: Hamile misiniz? [Für Frauen: Besteht Schwangerschaft?]*			
En son diş muayenesini ne zaman yaptırдыңız? [letzte zahnärztliche Untersuchung?]			
Sigara içiyor veya başka maddeleri (alkol, uyuşturucu madde) düzenli olarak kullanıyor musunuz? [Rauchen Sie oder nehmen Sie andere Suchtmittel (Alkohol, Drogen)...]			
Evet ise belirtiniz: [Wenn ja, bitte angeben]:			
Aşağıdaki hastalıklardan birini geçirdiniz veya geçiriyor musunuz? [Hatten oder haben Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?]			
Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C ("sarılık")* [Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C...]			
HIV + /AIDS* [HIV + /AIDS]			
Diyabet (şeker hastalığı) T1P 1 / T1P 2* [Diabetes (Zuckerkrankheit) TYP 1 / TYP 2]			
Endokardit (kalp iç zarı enfeksiyonu)* [Endokarditis...]			
Diğer kalp hastalıkları (kalp krizi, ritim bozuklukları, yapay kalp kapakçığı...)* [Andere Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Herzklappenersatz...)]			
Kan basıncı bozukluğu* [Blutdruckstörung]			yüksek [hoch] düşük [niedrig]
Astım* [Asthma]			
Kan hastalıkları/pıhtılaşma bozuklukları/antikoagülasyon preparatları* ("kan sulandırıcı") [Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen / Antikoagulationspräparate ...]			
Nöbet/epilepsi* [Anfallsleiden / Epilepsie]			
Romatizma* [Rheuma]			
Kanser / ışın tedavisi / kemoterapi* [Krebs / Bestrahlung / Chemotherapie]			
Diğer hastalıklar:* [Andere Erkrankungen:]			
Şu anda aldığınız ilaçlar var mı? [Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?]			
Varsa hangileri:* [Wenn ja, welche:]			
Daha önce hiç bisfosfonat preparatları ile tedavi gördünüz mü?* [Sie sind Sie jemals mit Bisphosphonatpräparaten behandelt worden?]			
Aşağıdaki maddelerle ilgili bir alerjiniz veya alerjik reaksiyonunuz oldu mu? [Hatten oder haben Sie eine Allergie oder allergische Symptome auf eine der folgenden Substanzen?]			(Lütfen alerji karnenize bakınız!) [Bitte schauen Sie ggf. in Ihrem Allergiepass nach!]
Alerji İyot* [Allergie Jod]			
Alerji Penisilin* [Allergie Penicillin]			
Alerji Diğer antibiyotikler* [Allergie Andere Antibiotika]			
Alerji ASS (Aspirin)* [Allergie ASS (Aspirin)]			
Alerji Diğer ağrı kesiciler* [Allergie Andere Schmerzmittel]			
Alerji Civa bileşikleri (Amalgam)* [Allergie Quecksilber]			
Alerji Krom / kobalt / molibden bileşikleri (çelik)* [Allergie Chrom-...]			
Alerji Diğer maddeler / ilaçlar* [Allergie Andere Substanzen / Medikamente]			
Aşağıdaki dış / diş eti hastalıklarından birine sahip misiniz? [Haben Sie eine der folgenden Zahn- / Zahnfleischerkrankungen?]			
Diş eti kanaması / enflamasyonu [Zahnfleischbluten / -entzündung]			
Tek veya grup dişlerde ağrı [Zahnschmerzen an einzelnen oder Gruppen...]			
Rengi değişmiş dişler [Verfärbte Zähne]			
Sallanan / eksik dişler [Gelockerte / fehlende Zähne]			
Kaynağı bilinmeyen şişlikler veya mukoza değişiklikleri [Schwellungen oder...]			
Aşağıdaki karnelerden birine sahip misiniz? [Haben Sie einen der Nachweis-Pässe? ...]			
Diş hekimliği bonus kitapçığı [Zahnärztliches Bonusheft]			lütfen düzenleyiniz: [bitte ausstellen:]
Diş hekimliği çocuk karnesi [Zahnärztlicher Kinderpass]			lütfen düzenleyiniz: [bitte ausstellen:]
Röntgen karnesi / ışın karnesi [Röntgenpass / Strahlenpass]			lütfen düzenleyiniz: [bitte ausstellen:]
Kalp karnesi* [Herzpass]			
Alerji karnesi* [Allergiepass]			

Muayenenizi

sayesinde öğrendim.

* Verilmesi zorunlu olan bilgiler.
Gönüllü olarak verilen bilgiler her an iptal edilebilir.

Kişisel bilgilerim ve sağlık durumumdaki değişiklikleri zamanında bildirmeyi taahhüt ederim.

[Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?]

Yer, Tarih:

İmza: