SMILZ
DR. YANOVSKYY & KOLLEGEN
ZAHNZENTRUM

Анкета данных пациента / медицинских данных

Ваши личные данные

Пациент

Фамилия | Имя | Дата рождения

Законный опекун
Несовершеннолетние лица, находящиеся под опекой

Фамилия | Имя | Дата рождения

Контактные данные

Улица | Номер дома | Почтовый индекс | Город

Домашний телефон | Номер мобильного телефона

Адрес электронной почты

Государственное страхование

☐ да ☐ нет

Наименование | Дополнительная страховка? (*)

Частное страхование

☐ да ☐ нет | ☐ да ☐ нет

Наименование | Получаете субсидии? | Базовый тариф для пожилых людей?

Работодатель (*)

Название компании | Профессия | Рабочий телефон

(*) Эта информация, которую вы даёте на добровольной основе и которая не служит непосредственно целям стоматологического лечения.

Общее состояние здоровья?

Сердечно-сосудистые заболевания:

Высокое давление	☐ Да	☐ Нет
Низкое давление	☐ Да	☐ Нет
Искусственный сердечный клапан	☐ Да	☐ Нет
Эндокардит	☐ Да	☐ Нет
Операция на сердце	☐ Да	☐ Нет
Кардиостимулятор	☐ Да	☐ Нет

Другие? .....

.....

Другие заболевания:

Бронхиальная астма	☐ Да	☐ Нет
Нарушения свертываемости крови	☐ Да	☐ Нет
Инсульт	☐ Да	☐ Нет
Диабет	☐ Да	☐ Нет
Эпилепсия	☐ Да	☐ Нет
Нарушение функции почек	☐ Да	☐ Нет
Склонность к обмороку	☐ Да	☐ Нет
Ревматизм	☐ Да	☐ Нет
Заболевание щитовидной железы	☐ Да	☐ Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта	☐ Да	☐ Нет

Другие?.....

.....

Для пациентов женского пола:

Вы беременны? ☐ Да ☐ Нет

срок родов: .....

Кто ваш общий врач? Фамилия / номер телефона:

.....

Инфекционные заболевания:

ВИЧ	☐ Да	☐ Нет
Гепатит А, Б,С	☐ Да	☐ Нет
Туберкулез	☐ Да	☐ Нет
Коронавирус SARS-CoV-2	☐ Да	☐ Нет

Другие? .....

.....

Аллергия:

Анестетика	☐ Да	☐ Нет
Обезболивающее лекарство	☐ Да	☐ Нет
Антибиотики / Пенициллин	☐ Да	☐ Нет

Другие? .....

.....

Регулярный прием лекарств

Препараты, разжижающие кровь ☐ Да ☐ Нет

Если да, то какие?.....

Бисфосфонаты ☐ Да ☐ Нет

Другие лекарства? .....

.....

.....

Вы курите? ☐ Да ☐ Нет

Сколько сигарет в день?.....

Принимайте наркотики? ☐ Да ☐ Нет

SMILZ
DR. YANOVSKYY & KOLLEGEN
ZAHNZENTRUM

Анкета данных пациента / медицинских данных

Важная информация для нашего стоматологического лечения

Делали ли вы рентген зубов, за последние 2 года? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то у кого?.....

Как вы узнали о нас? (*)

☐ Интернет
☐ Личная рекомендация:
☐ Или как?: .....

Есть ли у вас импланты, коронки, зубные мосты, съемные протезы? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то когда вы их получили? .....

Есть ли у вас бонусный буклет (Bonusheft) с регулярными, ежегодными записями о стоматологическом осмотре?

☐ 10 лет ☐ 5 лет ☐ нет

Услуга напоминания (Recall)

☐ Да ☐ Нет ☐ е-майл ☐ по почте	В качестве услуги для наших пациентов, мы предлагаем услугу регулярного напоминания (Recall) о профилактическом осмотре (ключевое слово Bonusheft). Пожалуйста, отметьте, хотите ли вы принять участие. Я проинформирован о том, что могу в любое время в письменной форме отозвать свое согласие на обработку и использование моих данных для участия в Recall с действием на будущее (Art. 7 Abs. 3 und Art. 7 Abs. 3 Satz 2, DSGVO).

Коммуникация

☐ Телефон ☐ SMS ☐ е-майл	Какие из данных, указанных вами в пункте "Ваши личные данные", мы можем использовать для контакта с вами по вопросам, напоминаниям о приеме и для получения информации?

Передача ваших данных другим врачам для дальнейшего лечения

☐ Да ☐ Нет	Я согласен с тем, что данные о моем лечении и результаты могут быть переданы соответствующим врачам и другим специалистам с целью совместного или дальнейшего лечения. Я подтверждаю свое согласие на передачу данных (§ 3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG). Я ознаакамлен, что могу в любое время в письменной форме анулировать данное заявление об освобождении от обязанности соблюдать конфиденциальность в дальнейшем.

Примечание о защите персональных данных

Мы используем информацию вашу историю болезни, доступно для ознакомления клиники и при обходимости будет предаставлена в виде информатции о состоние здоровья на данный момент пациента.

Примечание о правилах, принятых в нашей клинике

Наша клиника практикует резервированние ввврача только для вас. Поэтому мы просим Вас, в случае отмены «термина» сделать это заранее, не позже, чем за 24 часа. Это даст нам возможность предложить Ваше время другим пациентам и сократить время ожидания приёма врача. В случае неявки на приём и из-за возникшего при этом нарушения графика может взиматься дополнительная плата с пациентов в соответствии с законом BGB / ZPO.

Своей подписью я подтверждаю, что предоставленная мною информация является полной и правильной, а также то, что я прочитал и понял вышеизложенную информацию.

Дата | Подпись пациента | Подпись застрахованного лица