



Καλως ηρθατε

στο ορθοδοντικο μας ιατρειο στο Nürtingen. Θα θελαμε να συζητησουμε και να σας συμβουλευουμε για τις ορθοδοντικες σας επιθυμιες. Εκτος απο τα προσωπικα σας στοιχεια, χρειαζομαστε επισης ιατρικες πληροφοριες. Οι προσωπικες σας πληροφοριες θα ειναι υπο το ιατρικο απορρητο.

Στοιχεια ασθενους

Επωνυμο:	Ονομα:
Ημ. γεννησης:	Οδος:
Ταχ. κωδικας/πολη:	Ασφαλεια:
Τηλεφωνο:	Κινητο τηλεφωνο:
E-mail:	Επαγγελμα:

Στοιχεια ασφαλισμενου

Επωνυμο:	Ονομα:
Ημ. γεννησης:	Οδος:
Ταχ. κωδικας/πολη:	Ασφαλεια:
Τηλεφωνο:	Κινητο τηλεφωνο:
E-mail:	Επαγγελμα:

Κατηγορια ασφαλειας

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> γενικη ασφαλιση | <input type="radio"/> ιδιωτικη ασφαλιση |
| <input type="radio"/> επιδοτηση | <input type="radio"/> συμπληρωματικη ασφαλιση
για ορθοδοντικη θεραπεια |

Υπενθυμιση ραντεβου ναι οχι Αν ναι: E-mail μηνυμα τηλεφωνο

Θα προσπαθήσουμε να κάνουμε τη διαμονή σας μαζί μας όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη.

Οι πληροφοριες αυτες ειναι απαραιτητες για μια αξιοπιστη συνεργασια, καθως και την καταλληλη ιατρικη περιθαλψη. Τα στοιχεια σας θα διατηρηθουν αυστηρα εμπιστευτικα. Υποκεινται στο ιατρικο απορρητο συμφωνα με το αρθρο 203 του ποινικου κωδικα και τις αυστηρες διαταξεις του νομου περι προστασιας δεδομενων. Η συγχρονη ορθοδοντικη, οπως ολοι οι ιατρικοι χωροι, απαιτει ομαδικη συνεργασια. Για το λογο αυτο, παρεχονται μερικες υπηρεσιες απο εκπαιδευμενους βοηθους οδοντιατρου μετα απο τις οδηγιες του για καθε ασθενη ξεχωριστα και υπο την παρακολουθηση και τον ελεγχο του.





Βοηθήστε μας να σας γνωρισουμε καλύτερα!

Γιατι ηρθατε σε εμας και τι μπορουμε να κανουμε για εσας;

Το παιδι σας ειναι επι του παροντος υπο ιατρικη περιθαλψη; ναι οχι
Εαν ναι, για ποια ασθeneια; _____

Ποιος ειναι ο οικογενειακος γιατρος του παιδιου σας; (Ονομα, διευθυνση, τηλεφωνο)

Ποιος ειναι ο οδοντιατρος του παιδιου σας; (Ονομα, διευθυνση, τηλεφωνο)

Υπαρχουν γενικες διαφορετικες ασθeneιες; ναι οχι
(π.χ. καρδιαγγειακη ασθeneια, διαβητη, ηπατιτιδα η αλλες ασθeneιες)
Εαν ναι, ποια ασθeneια; _____

Το παιδι σας παιρνει φαρμακα τακτικα; ναι οχι
Εαν ναι, ποια; _____

Υπαρχουν αλλεργιες, δυσανεξια η υποπτη υπερευεσθησια σε υλικα
η σε φαρμακα; ναι οχι
Εαν ναι, σε ποια; _____

Εχει βγαλει το παιδι σας ακτινες τον τελευταιο καιρο;
(κεφαλι, σαγονι, περιοχη δοντιων) ναι οχι
Αν ναι, που; _____

Σημειωση: Οι συγχρονες συσκευες μας εξασφαλιζουν τη χαμηλοτερη δυνατη δωση ακτινοβολιας
Υφισταται εγκυμοσυνη; ναι οχι
Εχει λαβει το παιδι σας ποτε ορθοδοντικη θεραπεια; ναι οχι

Εαν ναι, σε ποιον γιατρο; _____

Υπαρχει προβλημα στην αρθρωση/ομιλια; ναι οχι

Αναπνει το παιδι σας απο το στομα, εχει συχνα κρυολογηματα, ροχαλιζει; ναι οχι

Εχουν συμβει ατυχηματα που αφορουν δοντια η σιαγονες? ναι οχι

Υπαρχουν ορθοδοντικα προβληματα στην οικογενεια? ναι οχι

Υπαρχει λαθος/προβληματικη αρθρωση? ναι οχι

Ποσο συχνα βουρτσιζει τα δοντια του το παιδι σας; _____ την ημερα

Το παιδι σας πηγαινει τακτικα στον οδοντιατρο; ναι οχι

Ημερομηνια, υπογραφη κηδεμονων





Einverständniserklärung

zur Erhebung und Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Straße, Nr.: _____ Mobil: _____
PLZ/Ort: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann ...

1. Behandlungsdaten und Befunde **bei anderen Ärzten und Leistungserbringern** zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung **anfordert**.
2. Behandlungsdaten und Befunde an mich **behandelnde andere Ärzte** und **Leistungserbringer übermittelt**.
3. Behandlungsdaten **an zahnmedizinische Labore** zur Herstellung von **kieferorthopädischen Arbeiten** (Kiefermodellen und Zahnspangen) übermittelt.

Einwilligung beim Wechsel der kieferorthopädischen Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann meine Unterlagen von meiner bisherigen kieferorthopädischen Praxis anfordern darf.

Wenn ich die kieferorthopädische Praxis wechseln möchte, bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann meine Unterlagen an die neue kieferorthopädische Praxis übermittelt.

Hinweis zur jederzeitigen Widerrufbarkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters

