

الاسم الأول
الاسم الأخير
تاريخ الميلاد
العنوان
الرمز البريدي
مكان الإقامة
رقم الهاتف
البريد الإلكتروني
التأمين
رقم البوليصة

الطبيب العائلي
رقم هاتف الطبيب العائلي

الطبيب السابق للأسنان
للأسنان السابق الطبيب هاتف رقم

ملاحظات

عند هذا النموذج التسجيل يجب تعبئة استبيان طبي. يجب ملؤه بالكامل وبالصدق

عند التوقيع، تؤكد
أنك قد أطلعت على شروطنا العامة -
أنك قد ملأت المعلومات أعلاه بالصدق -

روتريدام

التاريخ:
التوقيع:

الاسم:

1. هل تعاني من ألم في محكم ضغط أو ألم من تعاني هل
2. قلبية؟ نوبة لك حدث هل
3. القلبية؟ الصمامات في عيوب أو القلب في ضوضاء من تعاني هل
4. صناعي؟ قلبي صمام أو الورك في صناعي مفصل لديك هل
5. العلاج أثناء حيوي مضاد إلى تحتاج هل الأخيرة؟ أشهر الستة في الدموية الأوعية في وعائية لعملية خضعت هل السني؟
6. مجهود؟ دون قلب ضريات نوبات من تعاني هل
7. القلب؟ في ضعف من تعاني هل
8. الدم؟ ضغط ارتفاع من تعاني هل
9. في اضطراب أو دماغية لسكتة تعرضت هل الكلام؟ في اضطرابات أو (دماغية سكتة) الشلل من تعاني هل
الأخيرة؟ أشهر الستة
10. سني؟ أو طبي علاج أثناء الوعي فقدان حالة في سقطت هل
11. الصرع؟ لعلاج أدوية تستخدم هل
12. السريع؟ التنفس من تعاني هل
13. هل تعاني من الربو؟
14. هل لديك رتتان سيئتان؟
15. القش؟ حساسية من تعاني هل
16. هل حدث لك رد فعل تحسسي بعد استخدام الأدوية أو استخدام المواد الطبية (اليود، المطاط، اللاصقات)؟ هل أنت محسس للينسلين أو المضادات الحيوية؟
17. هل تعاني من مرض السكري؟
18. هل تم تشخيص وظائف الغدة الدرقية لديك؟
19. لديك؟ الدرقية الغدة وظائف تشخيص تم هل
20. الكبد؟ في مرض لديك هل
21. هل لديك مرض كلوي مزمن تستخدم له حماية غذائية؟
22. هل تعاني من مشاكل معدية مزمنة حيث فقدت أكثر من 5 كيلوغرامات؟
23. (HIV / HEP A / HEP B / HEP C) هل تعاني حاليًا من مرض معدٍ؟ إذا كان الجواب نعم، ما هو؟
24. هل تعاني من فقر الدم مع الشكاوى (التعب، الدوار)؟
25. هل لديك مرض خبيث في الغدد الليمفاوية أو مرض دم؟
26. هل تم تشخيص تميلك للزيف؟
27. هل تم علاجك بالإشعاع لورم أو كتلة في الرأس أو الرقبة؟
28. هل تستخدم حاليًا أدوية؟
للقلب؟ -
ترومبوز؟ خدمة من علاجًا تتلقى هل -
لضغط الدم؟ -
للسكري؟ (الأنسولين) -
بريدنيزون، كورتيكوستيرويدات أو أدوية أخ -
هل (صدريّة ذبحة) التمارين أثناء الصدر في محكم ضغط أو ألم من تعاني هل
قلبية؟ نوبة لك حدث هل
القلبية؟ الصمامات في عيوب أو القلب في ضوضاء من تعاني هل
صناعي؟ قلبي صمام أو الورك في صناعي مفصل لديك هل
السني؟ العلاج أثناء حيوي مضاد إلى تحتاج هل الأخيرة؟ أشهر الستة في الدموية الأوعية في وعائية لعملية خضعت هل
مجهود؟ دون قلب ضريات نوبات من تعاني هل
القلب؟ في ضعف من تعاني هل
الدم؟ ضغط ارتفاع من تعاني هل
أشهر الستة في اضطراب أو دماغية لسكتة تعرضت هل الكلام؟ في اضطرابات أو (دماغية سكتة) الشلل من تعاني هل
الأخيرة؟
سني؟ أو طبي علاج أثناء الوعي فقدان حالة في سقطت هل
هل تدخن؟ كم؟ 29.

استمارة الموافقة

نموذج الموافقة

بيانات العميل:

السيد/السيدة:

تاريخ الميلاد:

الممثل القانوني (إذا كانت هناك*)

الإذن لمعالجة بياناتي وصحتي في إطار الرعاية الفموية Coolhaven أعطي ممارسة طب الأسنان المقدمة. يتضمن هذا الإذن أيضًا

1. معالجة البيانات الشخصية الموجودة في ملفي الطبي؛

2. تقديم بياناتي الشخصية لأطراف ثالثة في إطار معالجة الفواتير؛

3. تقديم بياناتي الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين، في حال كان ذلك ضروريًا في إطار علاجي.

يجب على ولي الأمر القانوني (إذا كان هناك) (منح الموافقة) جزئيًا (للأطفال تحت سن 16 عامًا *

..... مكان: تاريخ:

التوقيع توقيع الممثل القانوني

(إذا كان هناك)

لمنحك فهمًا أكبر لطريقة عملنا، نرجو منك قراءة النص أدناه بعناية. إنها "قواعد المنزل" في العيادة. نتحدث معظم قواعد المنزل عن نفسها.

يجب أن يكون لديك دائمًا بطاقة هوية سارية المفعول معك.
ينطبق هذا أيضًا على إثبات التسجيل الخاص بك في تأمينك الصحي.
يجب عليك تغيير بياناتك الشخصية في أقرب وقت ممكن وإبلاغ مساعدنا في الاستقبال.

المواعيد

نعمل في عيادتنا فقط بمواعيد محددة. يمكن تحديد المواعيد عبر الهاتف أو في الاستقبال.
سنستغل الوقت المحجوز لك دائمًا.
قد يحدث أحيانًا انتظار قصير إذا حدث تأخير. لا يمكن تحميل تأخير الزمن على الطبيب / العامل الصحي بأي طريقة.

عدم الحضور في المواعيد المحددة

عندما تحدد موعدًا، نفترض أنك ستحضره. في حالة عدم القدرة على الحضور، يرجى إلغاء أو تغيير الموعد قبل 24 ساعة. إذا لم تغير الموعد في الوقت المناسب أو لم تحضر دون إخطار أو تأخرت، فسنضطر إلى تحميلك تكلفة الوقت المحجوز.

آلام / حالات الطوارئ

بالنسبة للآلام / حالات الطوارئ؛ إذا اتصلت قبل الساعة 10:00 صباحًا، سنحاول مساعدتك في نفس اليوم. يجب عليك التزام الوقت المقدم لك للعلاج. إذا اتصلت في وقت لاحق من اليوم، فقد لا تتمكن من مساعدتك في نفس اليوم لأن لدينا أوقات محددة لحالات الطوارئ / الألم. لا يمكننا أخذ تفضيلاتك في الاعتبار بشأن عملك / مدرستك عند حدوث آلام.

الخدمة / التعويض

إذا لم نكن حاضرين، فسيتم ذكر اسم الطبيب المختص دائمًا على الرد الآلي.

المدفوعات

مع معظم شركات التأمين الصحي، لدينا عقد، مما يعني أنه يمكننا تقديم المطالبات مباشرة إلى شركة التأمين الصحي. إذا كان هناك تكلفة ذاتية، فسوف نرسل لك فاتورة بذلك.

الرد الآلي

إذا اتصلت بنا خارج ساعات العمل، ستسمع الرد الآلي. استمع إليه دائمًا بعناية، فقد يحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

ممتلكاتك

مسؤولية الضرر أو السرقة أو فقدان Coolhaven حافظ على ممتلكاتك بنفسك. لا تتحمل عيادة طب الأسنان لممتلكاتك. ننصحك بعدم ترك ممتلكاتك بدون رقابة. لن يتم التسامح مع السلوك العدواني، سواء بالكلمات أو بأي طريقة أخرى، وسيؤدي إلى إلغاء التسجيل فورًا.

التوقيع للقراءة

.....