

يجب ملء هذا النموذج بالكامل وبشكل صحيح

: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

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 -

روتردام،

:التاريخ

:التوقيع

::تاريخ الميلاد

::الاسم

؟(صدرية ذبحة) التمارين أثناء الصدر في محكم ضغط أو ألم من تعاني هل 1.	
قلبية؟ نوبة لك حدث هل 2.	
القلبية؟ الصمامات في عيوب أو القلب في ضوضاء من تعاني هل 3.	
صناعي؟ قلبي صمام أو الورك في صناعي مفصل لديك هل 4.	
العلاج أثناء حيوى مضاد إلى تحتاج هل الأخيرة؟ أشهر السنة في الدموية الأوعية في وعائية لعملية خضعت هل 5.	
السن؟	
مجهود؟ دون قلب ضربات نوبات من تعاني هل 6.	
القلب؟ في ضعف من تعاني هل 7.	
الدم؟ ضغط ارتفاع من تعاني هل 8.	
في اضطراب أو دماغية لسكتة تعرضت هل الكلام؟ في اضطرابات أو (دماغية سكتة) الشلل من تعاني هل 9.	
الأخرية؟ أشهر السنة	
سن؟ أو طبي علاج أثناء الوعي فقدان حالة في سقطت هل 10.	
الصرع؟ لعلاج أدوية تستخدم هل 11.	
السريع؟ التنفس من تعاني هل 12.	
هل تعاني من الريو؟ 13.	
هل لديك رئتان سينتان؟ 14.	
القش؟ حساسية من تعاني هل 15.	
، هل حدث لك رد فعل تحسسي بعد استخدام الأدوية أو استخدام المواد الطبية (اليود، المطاط 16.	
اللاصقات(؟ هل أنت محسن للبنسلين أو المضادات الحيوية؟	
هل تعاني من مرض السكري؟ 17.	
هل تم تشخيص وظائف الغدة الدرقية لديك؟ 18.	
لديك؟ الدرقية الغدة وظائف تشخيص تم هل 19.	
الكبد؟ في مرض لديك هل 20.	
هل لديك مرض كلوي مزمن تستخدم له حمية غذائية؟ 21.	
هل تعاني من مشاكل معدية مزمنة حيث فقدت أكثر من 5 كيلوغرامات؟ 22.	
هل تعاني من فقر الدم مع الشكاوى (التعب، الدوار)؟ 23.	
هل لديك مرض خبيث في الغدد الليفيقاوية أو مرض دم؟ 24.	
هل تم تشخيص تميلك للنزيف؟ 25.	
هل تم علاجك بالاشعاع لورم أو كتلة في الرأس أو الرقبة؟ 26.	
هل تستخدم حالياً أدوية؟ 27.	
هل تستخدم حالياً أدوية؟ 28.	
للقلب؟ -	
ترومبوز؟ خدمة من علاجاً تتلقى هل -	
لضغط الدم؟ -	
للسكري؟ (الأنسولين) -	
بريدنزيون، كورتيكosteroidات أو أدوية آخر -	
؟(صدرية 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	
السن؟ العلاج أثناء حيوى مضاد إلى تحتاج هل الأخيرة؟ أشهر السنة في الدموية الأوعية في وعائية لعملية خضعت هل	
مجهود؟ دون قلب ضربات نوبات من تعاني هل	
القلب؟ في ضعف من تعاني هل	
الدم؟ ضغط ارتفاع من تعاني هل	
أشهر السنة في اضطراب أو دماغية لسكتة تعرضت هل الكلام؟ في اضطرابات أو (دماغية سكتة) الشلل من تعاني هل	
الأخرية؟	
سن؟ أو طبي علاج أثناء الوعي فقدان حالة في سقطت هل	
..... هل تدخن؟ كم؟ 29.	

استماره 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

معالجة البيانات الشخصية الموجودة في ملفي الطبي؛ 1.

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

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

* يجب علىولي الأمر القانوني (إذا كان هناك) منح الموافقة (جزئياً للأطفال تحت سن 16 عاماً

..... :مكان : تاريخ

التواقيع توقيع الممثل القانوني

(إذا كان هناك)

لمنحك فهماً أكبر لطريقة عملنا، نرجو منك قراءة النص أدناه بعناية. إنها "قواعد المنزل" في العيادة. تتحدث 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 أحياناً انتظار قصير إذا حدث تأخير. لا يمكن تحميل تأخير الزمن على الطبيب / العامل الصحي بأي طريقة.

عدم الحضور في المواعيد المحددة

عندما تحدد موعداً، 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 إخبار أو تأخير، فسنضطر إلى تحويلك تكلفة الوقت المحجوز.

آلام / حالات الطوارئ

بالنسبة للآلام / حالات الطوارئ؛ إذا اتصلت قبل الساعة 10:00 صباحاً، سنحاول مساعدتك في نفس اليوم. يجب عليك التزام الوقت المقدم لك للعلاج. إذا اتصلت في وقت لاحق من اليوم، فقد لا نتمكن 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 الفقدان Coolhaven حافظ على ممتلكاتك بنفسه. 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 فوراً.

التوقيع للقراءة

.....