

Фамилия :
Имя :
Дата рождения :
Адрес :
Почтовый индекс :
Город :
Номер телефона :
Электронная почта :
Страховка :
Номер полиса :

Семейный врач :
Тел. врача :

Предыдущий стоматолог :
Телефон предыдущего стоматолога:

Комментарии :

При заполнении этой регистрационной формы требуется медицинская анкета. Она должна быть заполнена полностью и правильно.

Подписываясь, вы заявляете:

- Ознакомились с нашими условиями и положениями
- Заполнили вышеуказанное правильно

Роттердам,

Дата :
Подпись :

Имя:**Дата рождения:**

1. Имеете ли вы боль или стиснутость в груди во время физической нагрузки (стенокардия)?	
2. Перенесли ли вы сердечный приступ?	
3. Имеется ли у вас шум в сердце или дефект клапана сердца?	
4. Имеете ли вы искусственное тазобедренное сустава или искусственный клапан сердца?	
5. Подвергались ли вы сосудистой хирургической операции в последние 6 месяцев? Требуется ли вам прием антибиотиков во время стоматологического лечения?	
6. Имеете ли вы пальпитации без физической нагрузки?	
7. Страдаете ли вы сердечной недостаточностью?	
8. Имеете ли вы высокое артериальное давление?	
9. Имели ли вы паралич (инфаркт или транзиторная ишемическая атака) или нарушения речи?	
Произошел ли у вас инфаркт или транзиторная ишемическая атака в последние 6 месяцев?	
10. Когда-либо ли вы теряли сознание во время стоматологического или медицинского лечения?	
11. Принимаете ли вы лекарства от эпилепсии?	
12. Имеете ли вы гипервентиляцию?	
13. Имеете ли вы астму?	
14. Имеются ли у вас плохие легкие?	
15. Имеете ли вы сенную лихорадку?	
16. Когда-либо имели аллергическую реакцию после приема лекарств или использования медицинских материалов (йод, резина, пластыри)? Аллергичны ли вы на пенициллин или антибиотики?	
17. Имеете ли вы диабет?	
18. У вас была установлена повышенная функция щитовидной железы?	
19. У вас была установлена низкая функция щитовидной железы?	
20. Имеете ли вы заболевание печени?	
21. Имеете ли вы хроническое заболевание почек, на которое вы следите диете?	
22. Имеете ли вы хронические жалобы на ЖКТ, приводящие к потере веса более чем на 5 кг?	
23. Имеете ли вы в настоящее время заразное заболевание? Какое? ВИЧ / гепатит А / гепатит В / гепатит С	
24. Имеете ли вы анемию с симптомами (усталость, головокружение)?	
25. Имеете ли вы злокачественное заболевание лимфатических узлов или крови?	
26. Было ли у вас диагностировано склонность к кровотечениям?	
27. Проходили ли вы облучение из-за опухоли или роста в голове или шее?	
28. Принимаете ли вы в настоящее время лекарства? Для сердца? Находитесь ли вы под наблюдением анткоагуляционной клиники? Для высокого артериального давления? Для диабета? (инсулин) Преднизон, кортикостероиды или другие иммунодепрессанты? Препараты от рака или кровотечений расстройств? Пенициллин или антибиотики? Седативные, снотворные, антидепрессанты	

Подпись: _____ **Дата:** _____

Форма согласия

Информация о клиенте:

Г-н/Г-жа:

Дата рождения:

Опекун (при наличии)

Я добровольно предоставляю согласие Tandartsenpraktijk Coolhaven на обработку данных обо мне и моем здоровье в целях предоставления стоматологической помощи. Это согласие включает в себя:

- I. Обработку персональных данных, содержащихся в моем медицинском досье;
- II. Предоставление моих персональных данных третьим лицам для целей обработки заявлений;
- III. Предоставление моих персональных данных другим медицинским учреждениям в той мере, в которой это необходимо для моего лечения.

* Для детей младше 16 лет требуется также согласие опекуна.

Место..... Дата.....

Подпись

Подпись опекуна

(при наличии)

Чтобы предоставить вам более подробное представление о наших процедурах, мы просим вас внимательно прочитать нижеприведенный текст. Это "правила дома" практики. Большинство из них самоочевидны.

Вы всегда должны иметь при себе действительный идентификационный документ. Это также относится к вашему подтверждению регистрации в вашей медицинской страховой компании.

Вы должны незамедлительно уведомить нашего регистратора о любых изменениях в ваших личных данных.

Записи на прием:

Мы работаем исключительно по записи. Записи можно делать по телефону или на стойке регистрации. Мы всегда используем зарезервированное время, запланированное для вас. Однако может случиться, что вам придется подождать, если произойдет задержка. Задержка не может быть приписана стоматологу/гигиенисту полости рта никаким образом.

Пропущенные приемы:

Если вы назначили прием, мы ожидаем, что вы его сохраните. В случае непредвиденных обстоятельств, пожалуйста, отмените/измените ваш прием по крайней мере за 24 часа до назначенного времени. Если вы не сделаете этого вовремя, не предупредите нас о вашем отсутствии или опоздаете, мы будем вынуждены взыскать плату за зарезервированное время.

Жалобы на боль / экстренные случаи:

Относительно жалоб на боль / экстренных случаев; если вы звоните до 10:00 утра, мы постараемся помочь вам в тот же день. Однако вы должны придерживаться предложенного времени лечения. Если вы звоните позже в течение дня, возможно, мы не сможем помочь вам в тот же день, так как у нас есть фиксированные времена для экстренных случаев / жалоб на боль. Мы не можем учитывать ваши предпочтения относительно вашей работы / учебы в случае жалоб на боль.

Сервис / Замена:

Если нас нет на месте, автоответчик всегда упоминает принимающего стоматолога.

Платежи:

У нас есть контракты с большинством медицинских страховых компаний, что означает, что мы можем напрямую выставлять им счета. Если есть собственный взнос, вы получите счет от нас.

Автоответчик:

Если вы звоните нам вне рабочего времени, вы попадете на автоответчик. Всегда внимательно прослушивайте его, так как там может быть важная информация для вас.

Ваши вещи:

Следите за своими вещами самостоятельно. Tandartsenpraktijk Coolhaven не несет ответственности за повреждение, кражу или утрату ваших вещей. Рекомендуется не оставлять ваши вещи без присмотра. Агрессивное поведение, в словах или поступках, не будет терпеться и приведет к немедленному исключению.

Инициалы, подтверждающие прочтение и понимание:

.....