

Bu formun tam ve doğru şekilde doldurulması gerekmektedir!

TUR

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| Ad(ı/ları)       | : |  |
| Soyadı           | : |  |
| Doğum Tarihi     | : |  |
| Adres            | : |  |
| Posta Kodu       | : |  |
| Şehir            | : |  |
| Telefon Numarası | : |  |
| E-posta          | : |  |
| Sigorta          | : |  |
| Police Numarası  | : |  |

Kayıt Formu

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| Aile Doktoru     | : |  |
| Telefon Numarası | : |  |

|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| Önceki diş hekimi | : |  |
| Telefon numarası: |   |  |

|          |   |  |
|----------|---|--|
| Yorumlar | : |  |
|          |   |  |
|          |   |  |

Bu kayıt formu ile bir tıbbi anket bulunmaktadır. Bu formun tam ve doğru bir şekilde doldurulması gerekmektedir.

İmzaladığınızda, aşağıdakileri beyan edersiniz:

- Genel şartlarımızı okuduğunuzu
- Yukarıdakileri doğru olarak doldurduğunuzu

Rotterdam,

|       |   |  |
|-------|---|--|
| Tarih | : |  |
| İmza  | : |  |

Tandartsenpraktijk Coolhaven

**Ad(ı/ları):****Doğum Tarihi:**

|                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Egzersiz sırasında göğüs ağrınız veya sıkışma hissi var mı (anjina pektoris)?                                                |  |
| 2. Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?                                                                                          |  |
| 3. Kalp üfürümünüz, kalp kapak bozukluğunuz var mı?                                                                             |  |
| 4. Yapay kalça veya yapay kalp kapağınız var mı?                                                                                |  |
| 5. Son 6 ay içinde damar ameliyatı geçirdiniz mi?                                                                               |  |
| Tıbbi işlem sırasında antibiyotik kullanmanız gerekiyor mu?                                                                     |  |
| 6. Egzersiz yapmadan kalp çarpıntıları geçiriyor musunuz?                                                                       |  |
| 7. Kalp zayıflığından muzdarip misiniz?                                                                                         |  |
| 8. Yüksek tansiyonunuz var mı?                                                                                                  |  |
| 9. Felç (inme) veya konuşma bozukluğu yaşadınız mı?                                                                             |  |
| Son 6 ayda felç (inme) geçirdiniz mi?                                                                                           |  |
| 10. Tıbbi veya diş tedavisi sırasında bayıldınız mı?                                                                            |  |
| 11. Epilepsi için ilaç kullanıyor musunuz?                                                                                      |  |
| 12. Hiperventilasyon sorunuz var mı?                                                                                            |  |
| 13. Astiminiz var mı?                                                                                                           |  |
| 14. Zayıf akciğerleriniz var mı?                                                                                                |  |
| 15. Saman nezlesi (alerjik rinit) var mı?                                                                                       |  |
| 16. Daha önce ilaç kullanımı veya tıbbi malzeme kullanımından sonra alerjik reaksiyon geçirdiniz mi (iyot, kauçuk, yara bandı)? |  |
| Penisilin veya antibiyotige alerjiniz var mı?                                                                                   |  |
| 17. Şeker hastalığınız var mı?                                                                                                  |  |
| 18. Artmış tiroid fonksiyonunuz mu tespit edildi?                                                                               |  |
| 19. Yavaşlamış tiroid fonksiyonunuz mu tespit edildi?                                                                           |  |
| 20. Karaciğer hastalığınız var mı?                                                                                              |  |
| 21. Diyabetik diyet uyguladığınız kronik böbrek hastalığınız var mı?                                                            |  |
| 22. Kronik sindirim sorunları nedeniyle 5 kg'dan fazla kilo vermiş misiniz?                                                     |  |
| 23. Şu anda bulaşıcı bir hastalığınız var mı? Hangisi? HIV / HEP A / HEP B / HEP C                                              |  |
| 24. Şikayetlerle birlikte anemi (halsizlik, baş dönmesi) yaşıyor musunuz?                                                       |  |
| 25. Lenf düğümleri veya kan hastalığından kanserli bir hastalığınız var mı?                                                     |  |
| 26. Kanama eğiliminiz mi var?                                                                                                   |  |
| 27. Baş veya boyun tümörü için ışın tedavisi gördünüz mü?                                                                       |  |
| 28. Şu anda ilaç kullanıyor musunuz?                                                                                            |  |
| Kalp için?                                                                                                                      |  |
| Tromboz hizmetinde misiniz?                                                                                                     |  |
| Yüksek tansiyon için?                                                                                                           |  |
| Diyabet için? (insülin)                                                                                                         |  |
| Prednizon, kortikosteroidler veya diğer immünosupresif ilaçlar mı?                                                              |  |
| Kanser veya kanama bozuklukları için ilaçlar mı?                                                                                |  |
| Penisilin veya antibiyotik mi?                                                                                                  |  |
| Sakinleştiriciler, uyku hapları, antidepresanlar mı?                                                                            |  |
| Başka ilaçlar mı? .....                                                                                                         |  |
| Günlük narkotik madde kullanıyor musunuz?                                                                                       |  |
| Günde 5'ten fazla alkol tüketiyor musunuz?                                                                                      |  |
| 29. Sigara içiyor musunuz? Kaç adet? .....                                                                                      |  |

**İmza ve Tarih:**

Tıbbi öykü

Tandartsenpraktijk Coolhaven

# Rıza Formu

Rıza Formu

## Müşteri Bilgileri:

Bay/Bayan:

Doğum Tarihi:

Kanuni Temsilci (uygulanıyorsa\*):

☐ Tandartsenpraktijk Coolhaven'a ağız bakımı sağlanması amacıyla benim ve sağlığım hakkında verileri işlemesi için izin veriyorum. Bu izin ayrıca şunları içerir:

- Hasta dosyamdaki kişisel verilerin işlenmesi;
- Beyanlarının işlenmesi için kişisel verilerimin üçüncü taraflara verilmesi;
- Tedavim çerçevesinde gerektiği kadar kişisel verilerimin diğer sağlık hizmeti sunucularına verilmesi.

\* 16 yaşına kadar olan çocuklar için yasal temsilcinin (ayrıca) izin vermesi gerekmektedir

Yer .....

Tarih .....

İmza

Kanuni Temsilci İmzası (uygulanıyorsa)

.....

.....

.

.

Tandartsenpraktijk Coolhaven

Size çalışma şeklimizi daha iyi anlatmak için aşağıdaki metni dikkatlice okumanızı rica ederiz. Bunlar, uygulamanın 'ev kuralları'dır. Çoğu ev kuralı kendiliğinden açıktır.

Her zaman geçerli bir kimlik belgesi bulundurmanız gerekmektedir. Bu aynı zamanda sağlık sigortanızdaki kayıt belgeniz için de geçerlidir.

Kişisel bilgilerinizdeki herhangi bir değişikliği mümkün olan en kısa sürede resepsiyonistimize bildirmeniz gerekmektedir.

### **Randevular**

Uygulamamızda sadece randevu ile tedavi yapılmaktadır. Randevular telefonla veya resepsiyonda alınabilir.

Size ayrılan zamanı her zaman değerlendireceğiz.

Ancak, zaman aşımı oluştuğunda beklemeniz gerekebilir. Zaman aşımı süresi hiçbir şekilde dışı / dış hijyenisti tarafından talep edilemez.

### **Randevunun ihlali**

Bir randevu ayırttıysanız, onu tutacağınızı varsayınız. Engellenme durumunda lütfen en az 24 saat önceden iptal/ değiştirin. Randevunuzu zamanında değiştirmeniz, haber vermeden gelmezseniz veya geç kalırsanız, ayrılan zamanı tahsil etmek zorunda kalırız.

### **Ağrı şikayetleri / acil durumlar**

Ağrı şikayetleri / acil durumlar için sabah 10:00'dan önce ararsanız aynı gün size yardımcı olmaya çalışacağız. Ancak, size sunulan tedavi zamanına uymalısınız. Gün içinde daha sonra ararsanız, aynı gün size yardımcı olamayabiliriz çünkü acil durum / ağrı şikayetleri için sabit saatlerimiz vardır. Ağrı şikayetlerinde, iş / okul tercihlerinizi dikkate alamayız.

### **Hizmet / gözlem**

Biz yokken, telesekreterde nöbetçi dış hekimi her zaman belirtilmiştir.

### **Ödemeler**

Çoğu sağlık sigortasıyla bir anlaşmamız var, bu da doğrudan sağlık sigortasına fatura kesmemizi sağlar. Herhangi bir katkı payı varsa, size bir fatura göndereceğiz.

### **Telesekreter**

Çalışma saatleri dışında bizi ararsanız, telesekreteri dinlersiniz. Bunları her zaman kendi çıkarınız için tam ve dikkatli bir şekilde dinleyin. Sizin için önemli bilgiler olabilir.

### **Eşyalarınız**

Kendi eşyalarınıza dikkat edin. Tandartsenpraktijk Coolhaven, eşyalarınızın zarar, hırsızlık veya kayıbdan sorumlu değildir. Eşyalarınızı gözetimsiz bırakmamanız önerilir. Sözlü veya başka türlü saldırgan davranışlar hoş karşılanmaz ve derhal kayıt dışı bırakılabilir.

Okundu olarak imzalanması için paraf:

.....