



Анкета

Уважаемый пациент,

благодарим вас за проявленное доверие. Мы сделаем все возможное, чтобы вы получили у нас самое лучшее стоматологическое обслуживание. Для этого нам потребуются ваши личные данные, а также общая информация о состоянии вашего здоровья. Мы гарантируем полную врачебную конфиденциальность предоставляемых Вами данных! Если при заполнении анкеты у вас возникнут вопросы, обратитесь к нашим сотрудникам.

Пожалуйста, при заполнении анкеты используйте немецкие буквы.

Фамилия (Name)	Имя (Vorname)	Дата рождения (Geburtsdatum)
Застрахованное лицо / Фамилия (Vers.Mitglied Familienname)	Имя (Vorname)	Дата рождения (Geburtsdatum)
Улица (Straße)	Личный телефон (Telefon privat)	
Индекс, населенный пункт (Postleitzahl, Ort)	Мобильный телефон (Handy)	
Адрес электронной почты (E-Mail)		
Страховка (Versicherung):		

Я заверяю, что указанные мною личные данные верны.

Счета за услуги, подлежащие оплате в частном порядке, выставляются по окончании лечения.

Подпись (Unterschrift)

Политика конфиденциальности (Datenschutzerklärung)

Настоящим заявляю свое согласие в качестве пациента с передачей корреспонденции CenDenta по электронной почте, Интернету или SMS мне/нам и третьим лицам. До отзыва согласия CenDenta имеет право отправлять мне без каких-либо ограничений информацию на мой адрес электронной почты, по факсу или по SMS. Я проинформирован о том, что CenDenta обрабатывает, сохраняет и использует вверенные ей данные в рамках законодательства и договора на оказание медицинских услуг. Своей подписью я выражаю согласие и подтверждаю факт получения информации для пациентов о Политике конфиденциальности.

Дата (Datum)	Подпись (Unterschrift)
--------------	------------------------

Благодарим за содействие! Пожалуйста, проинформируйте нас в случае изменения ваших личных данных.

Какие лекарства вы принимаете регулярно? (Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?)

Хронические респираторные заболевания / астма (Chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma) Да (Ja) Нет (Nein)
Обмороки (Ohnmachtsanfälle) Да (Ja) Нет (Nein)



Остеопороз (Osteoporose) Да (Ja) Нет (Nein)

Аллергии (Allergien) Да (Ja) Нет (Nein)

Если да, то какие именно? (Wenn ja, welche Allergien?):

Подозрение на гиперчувствительность к следующим материалам / препаратам (Gegen folgende Materialien/Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit):

Сердечные заболевания (Herzkrankungen) Да (Ja) Нет (Nein) Кардиокарта (Herzpass) Да (Ja) Нет (Nein)

Какие (Welche):

Сердечно-сосудистые заболевания (Kreislaufkrankungen)

Высокое давление (Zu hoher Blutdruck) Да (Ja) Нет (Nein) Пониженное давление (Zu niedriger Blutdruck) Да (Ja) Нет (Nein)

Болезни обмена веществ (Stoffwechselerkrankungen)

Диабет (Diabetes) Да (Ja) Нет (Nein) Тип (Typ) 1 2
Заболевания щитовидной железы (Schilddrüsen-Funktionsstörung) Да (Ja) Нет (Nein) Желудочно-кишечные заболевания (Magen-Darm-Erkrankungen) Да (Ja) Нет (Nein)

Болезни нервной системы (Erkrankungen des Nervensystems)

Эпилепсия (Epileptiforme Anfälle) Да (Ja) Нет (Nein)

Болезни крови (Bluterkrankungen) Да (Ja) Нет (Nein) Нарушение свертываемости крови (Blutungsneigung) Да (Ja) Нет (Nein)
Лейкемия (Leukämie) Да (Ja) Нет (Nein) Анемия (Blutarmut) Да (Ja) Нет (Nein)

Инфекционные заболевания (Infektionskrankheiten)

Туберкулез (Tuberkulose) Да (Ja) Нет (Nein)

Гепатит (Leberentzündung) (Какой?/Welche?)

Вы проходили тест на ВИЧ? (Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?) Да (Ja) Нет (Nein) Результат (Ergebnis): + -

Есть ли у вас другие заболевания? (Sonstige Erkrankungen?)

Вы находитесь на ортопедическом лечении? (Sind Sie in orthopädischer Behandlung?) Да (Ja) Нет (Nein)

Есть ли у вас алкогольная или наркотическая зависимость? (Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?) Да (Ja) Нет (Nein)

Делали ли вам в течение последнего года рентген зубов, челюстей или головы? (Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?) Да (Ja) Нет (Nein)

Вы беременны? (Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?) Да (Ja) Нет (Nein)

Интересует ли вас возможность проведения процедур под гипнозом или полным наркозом? (Wir bieten die Behandlung für Sie auch in Hypnose oder Vollnarkose an. Interesse?) Да (Ja) Нет (Nein)

Дата (Datum)

Подпись (Unterschrift)

Мы стараемся избавить наших пациентов от ненужного ожидания. Поэтому просим вас, в случае невозможности прийти в назначенное время, сообщить нам об этом не позднее чем за 24 часа. Мы, согласно Правилам оплаты частных медицинских услуг (GOZ), имеем право выставить счет за неявку пациента в назначенное время, даже если он застрахован в государственной страховой компании. Размер оплаты зависит от стоимости пропущенной процедуры и составляет не менее 80 евро. (Wir sind immer bemüht, Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sein sollten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Die Höhe der Summe bemisst sich an Zeit und Aufwand der versäumten Behandlung, mind. aber 80 Euro.)

Согласие (Einverständnis):

Дата (Datum)

Подпись (Unterschrift)