



TAGESKLINIK

FÜR MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

PRAXISGEMEINSCHAFT

DR. DR. MED. PETER GORENFLOS
Facharzt für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie

DR. MED. DENT. CECILIA ZAWADZKI
Fachärztin für Oralchirurgie

DR. DR. MED. CHRISTOPHER SCHARDT
Facharzt für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie

Sevgili hasta, sevgili hastamız,
Uygulamamıza hoş geldiniz. Sizden bazı kişisel bilgilere ihtiyacımız var.
Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki soruları cevaplayın.
Teşekkür ederiz!

HASTA VERİ

erkek kadın

Soyadi

Özel Telefon

İsim

Cep Telefon

Doğum Tarihi Doğum Yeri

E-mail

Sokak, Nr.

Faaliyet / Meslek

Posta kodu Kent

SİGORTA

Sağlık Sigortası

Yasal Olarak Özel

Ek bir sigortanız var mı? Evet Hayır

Sağlık sigortası üyesi değilseniz
sigortanız kimin üzerinde?

erkek kadın

Soyadi

İsim

Doğum Tarihi Doğum Yeri

Sokak, Nr.

Posta kodu Kent

TEDAVİ DOKTORLARI

Diş hekiminin adı

Ev doktorun adı

GENEL

Bizi nasıl duydunuz?

- Aile / Arkadaşlar / Tanıdıklar Dişçi
 İnternet (arama sorgusu) Web sitesi
 Gazete (ör. Reklam) Doktor
 Diğer:

SAĞLIK SORULARI

Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?	Evet	Hayır
Aşırı Duyarlılık (Alerjiniz) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cevabınız evet ise, hangi madde/ilaçlara karşı duyarlılığınız var?		
Kalp hastalığı (Kardiyovasküler) Eğer öyleyse, hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir kalp pili taşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp kartınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp krizi geçirdiniz mi Eğer öyleyse, ne zaman?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beyin kanaması geçirdiniz mi Eğer öyleyse, ne zaman?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karaciğer hastalığı (sarılık, hepatit A, B, C, D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seker hastalığınız var mı (diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romatizmanız var mı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tümör hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulaşıcı bir hastalığınız var mı? (HIV gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
Kan hastalıkları, kan pıhtılaşma bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan sulandırıcıları alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cevabınız evet ise, hangi madde/ilaçlara karşı duyarlılığınız var?		
Diğer hastalıklar? Eğer öyleyse, hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şu an düzenli kullandığınız ilaç var mı? Cevabınız evet ise, hangi ilaçları kullanmaktasınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporoz veya kemik metastazlarında bifosfonatlarla tedavi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgendeferiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En son ne zaman Röntgenmuayenesi oldunuz?		
Hamile misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigara içiyormusunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lütfen adresinizdeki değişiklikleri veya diğer bilgileri derhal bize bildirin!
İmzama bilgilerin eksiksizliğini ve doğruluğunu onaylıyorum.

Yer, Tarih

Hastanın veya yasal temsilcinin imzası

X-RAY RESİMLERİ / KULLANIM HAKLARI / DIŞ KULLANICI İLE İLETİŞİM

- X ONAY:** Tedavi sırasında gerekli röntgen çekilmesine benim tarafımdan kabul ediyorum.
- HAKLAR:**
- Tedavi sırasında benim tarafımdan oluşturulan fotoğrafların ve x-ışınlarının, bilimsel dersler / yayınlar / ileri eğitim çerçevesinde anonim olarak yayınlanabileceğini kabul ediyorum.
- HAUSA DENTİSTİ / DENTİSTİ İLE İLETİŞİM KABULU:** Meslektaşlığın arasında ideal bir eşleşme sağlamak.

BİLGİ KORUMA HUKUKU İLE İLGİLİ MUVAFAKAT BEYANI:

Benim şahsıma ait bilgilerin, hasta dosyasına bilgi kaydedilmesi, tedavimle ilgili evrakların (örneğin röntgen filmleri, tedavi planı, doktor raporları, bulgular ve diğerleri gibi), havale edenlere veya birlikte tedavi eden ya da akabinde tedavi edecek olan diğer doktorlarına / doktorlara aktarılması. Amacıyla yukarıda belirtilen muayenehaneye tarafından kaydedilmesine ve saklanmasına muvafakat ediyorum. Benim bu rızamı her an yazılı olarak veya muayenehaneye elektronik posta göndererek geri çekme hakkım olduğu hususunda bilgilendirildim (DSGVO kanunu madde 7 par. 3 uyarınca). Her an mümkün olan bu rızayı geri çekme hakkım, iş bu verilmiş olan muvafakat ile bu geri çekme anına kalan yapılmış olan işlemlerin yasallığını engellemez (DSGVO kanunu madde 7 par. 3 fıkra 2 uyarınca). MUAYENEHANEMİZ İÇİN BİLGİLERİN KORUNMASI İLE İLGİLİ HASTA BİLGİLENDİRİLMESİ BRÖŞÜRÜ muayenehanemizde asılıdır ve her zaman tarafımdan incelenebilir veya tarafıma teslim edilebilir.

Yer, Tarih

Hastanın veya yasal temsilcinin imzası