

كيف عرفت بنا؟

- |                          |  |                          |                               |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | توصية شخصية                                | <input type="checkbox"/> | شعار موقع إلكتروني            |
| <input type="checkbox"/> | بحث جوجل                                   | <input type="checkbox"/> | دعاية في الراديو/التلفاز      |
| <input type="checkbox"/> | فيسبوك                                     | <input type="checkbox"/> | إعلان في مجلة/جريدة           |
| <input type="checkbox"/> | إنستغرام                                   | <input type="checkbox"/> | ملصقات/منشورات/إعلانات خارجية |
| <input type="checkbox"/> | حجز موعد عبر الإنترنت (Doctolib, Dr. Flex) | <input type="checkbox"/> | لافتة العيادة                 |
| <input type="checkbox"/> | وسيلة أخرى:                                | <input type="checkbox"/> | وسيلة دعائية                  |

نود الاهتمام بمتطلباتك بشكل مكثف، ولذا تُعد البيانات التالية مهمة. نرجو منك تقديم البيانات والإجابة عن الأسئلة بكل دقة على قدر علمك. تخضع المعلومات وبيانات العلاج لواجب السرية الطبي.

يستلزم كل علاج بذل مجهودات شخصية وتنظيمية؛ حيث نوفر لك أخصائيين مؤهلين تأهيلاً عاليًا. لذا، نرجو منك إخبارنا هاتفياً بأي تغييرات في المواعيد قبل ٢٤ ساعة على الأقل، وإلا فسنضطر إلى فرض رسوم إلغاء عليك.

فريق ZTK ZAHNGESUNDHEIT الخاص بك

### التسجيل

<input type="text"/>	اسم العائلة
<input type="text"/>	الشارع، ورقم المنزل
<input type="text"/>	تاريخ الميلاد
<input type="text"/>	عنوان البريد الإلكتروني
<input type="text"/>	الاسم الأول
<input type="text"/>	الرمز البريدي، والمدينة
<input type="text"/>	رقم الهاتف
<input type="text"/>	رقم الهاتف المحمول

<input type="checkbox"/>	هل أنت موظف حالياً؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
<input type="checkbox"/>	صاحب العمل	<input type="checkbox"/>	معيّن	<input type="checkbox"/>	مستقل
<input type="text"/>	الوظيفة	<input type="text"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فهل أنت	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	الشارع، ورقم المنزل	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	رقم هاتف العمل	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	أنا	<input type="checkbox"/>	متقاعد	<input type="checkbox"/>	طالب

### التأمين الصحي

<input type="checkbox"/>	ما نوع تأمينك؟	<input type="checkbox"/>	تأمين حكومي	<input type="checkbox"/>	تأمين طوعي	<input type="checkbox"/>	تأمين إضافي	<input type="checkbox"/>	تأمين عائلي
<input type="checkbox"/>	هل أنت مؤمن عليك تأميناً خاصاً؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
<input type="text"/>	هل تحصل على أحد مستويات الرعاية؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="text"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فأى مستوى:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	هل تحصل على مساعدة على الاندماج وفقاً للمادة ٥٤ من قانون الشؤون الاجتماعية المجلد الثاني عشر؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	اسم العضو	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	الرمز البريدي، والمدينة	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	للسداد المباشر / عنوان الفاتورة:	<input type="text"/>	اسم مسدد الفاتورة	<input type="text"/>	الشارع، ورقم المنزل	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

10  9  8  7  6  5  4  3  2  1   
 10 = راضٍ للغاية      5 = لا بأس      1 = غير راضٍ على الإطلاق

ما مدى رضاك عن ابتسامتك حالياً؟

- هل أتيت بسبب آلام الأسنان فقط؟  نعم  لا
- هل ترغب في التذكير بالمواعيد المستقبلية؟ (نتواصل معك هاتفياً / عبر البريد الإلكتروني / عبر البريد)  نعم  لا
- يعتني تنظيف الأسنان الاحترافي (PZR) بأسنانك الطبيعية بشكل مؤكد وقابل للإثبات. هل ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات؟  نعم  لا

هل ظهرت عليك الأعراض التالية في أي وقت من الأوقات؟

- نزيف اللثة  نعم  لا
- خلخلة الأسنان  نعم  لا
- آلام في منطقة مفصل الفك و/أو شد في عضلات المضغ  نعم  لا
- هل تشعر بالآلام في منطقة الوجه و/أو الأذنين؟  نعم  لا
- آلام أسنان حادة  نعم  لا

هل تعاني أو عانيت من الأمراض التالية؟

- رد فعل تحسسي و/أو فرط الحساسية  نعم  لا
- أمراض القلب والدورة الدموية  نعم  لا
- اليرقان (الصفراء)، والأمراض المعدية، وفيروس نقص المناعة البشرية  نعم  لا
- داء السكري (مرض السكر)  نعم  لا
- أمراض العظام  نعم  لا
- اضطرابات تخثر الدم  نعم  لا
- عدم تحمل الدواء  نعم  لا
- الأمراض الروماتيزمية  نعم  لا
- أمراض أخرى  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟

- هل تتناول أدوية بشكل دوري؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟

- هل تتناول - أو تناولت في السابق - أي مخدرات؟ (قنب، كريسستال ميت، هيروين، كوكايين)  نعم  لا
- هل يتم/تم علاجك باستخدام البيسفوسفونات؟  نعم  لا
- هل أجريت أي أشعة سينية مؤخراً؟  نعم  لا
- هل تمتلك سجلاً للأشعة السينية؟  نعم  لا
- هل يوجد حمل؟  نعم  لا

أخرى:

يرجى إخبارنا بأي تغيير يطرأ على حالتك الصحية وعنوانك؟  
 نقوم بتخزين بياناتك ومعالجتها إلكترونياً؛ يمكن توفير المزيد من المعلومات حول حماية البيانات عند الطلب.

تم إعلامي بإمكانية إنشاء خطط العلاج وخطط التكاليف اللازمة وفواتير الرسوم الخاصة بأطباء الأسنان عن طريق مكتب محاسبة خارجي، ووافقت على ذلك. وفي هذا السياق، أوافق على نقل البيانات اللازمة، وأعفي جميع أطباء الأسنان / الأطباء من واجب السرية لهذا الغرض.  نعم

أوافق على استخدام بياناتي للأغراض المذكورة تالياً:

1. إرسال النشرات المطبوعة وعبر الإنترنت (مثل: حول معلومات الشركة، أو العروض الجديدة لدى ZTK) أو بطاقات التهاني وأعياد الميلاد.  نعم
2. التواصل مع موظفي شركة ZTK ZAHNGESUNDHEIT GmbH عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية القصيرة SMS أو رسائل WhatsApp أو الهاتف أو الخطابات وغيرها لتحديد  نعم

يمكنني إلغاء هذه الموافقة كتابياً في أي وقت، وذلك مثلاً عن طريق البريد أو رسالة بريد إلكتروني إلى ، info@ztk-zahngesundheit.de وهذا الإلغاء ذو أثر مستقبلي.

التوقيع

المكان، والتاريخ