

Θα θέλαμε να ασχοληθούμε εντατικά με τις ανάγκες σας. Για τον σκοπό αυτό, οι ακόλουθες πληροφορίες είναι σημαντικές. Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τις πληροφορίες και τις ερωτήσεις με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Οι πληροφορίες και οι λεπτομέρειες της θεραπείας υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο.

Για κάθε θεραπεία απαιτείται εξειδικευμένο προσωπικό και οργανωτικές ενέργειες, γι' αυτό κι εμείς διαθέτουμε για εσάς άρτια καταρτισμένο εξειδικευμένο προσωπικό. Ενημερώστε μας τηλεφωνικά για τυχόν αλλαγές στο ραντεβού σας τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα, διαφορετικά ενδέχεται να χρειαστεί να επιβαρυνθείτε με χρέωση ακύρωσης.

Η ομάδα της ZTK ZAHNGESUNDHEIT

Πώς μάθατε για εμάς;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Προσωπική σύσταση | <input type="checkbox"/> Διαφημιστικά πλαίσια (banner) στο Διαδίκτυο |
| <input type="checkbox"/> Αναζήτηση μέσω Google | <input type="checkbox"/> Διαφήμιση στο ραδιόφωνο/τηλεόραση |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Διαφήμιση σε εφημερίδα/περιοδικό |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Αφίσες/ φυλλάδια/ υπαίθρια διαφήμιση |
| <input type="checkbox"/> Διαδικτυακή κράτηση ραντεβού (Doctolib, Dr Flex) | <input type="checkbox"/> Πινακίδα ιατρού |
| <input type="checkbox"/> Άλλο: | <input type="checkbox"/> Διαφημιστικά είδη |

ΕΓΓΡΑΦΗ

Επώνυμο

Οδός, Αριθμός

Ημερομηνία γέννησης

Διεύθυνση e-mail

Όνομα

ΤΚ, Τόπος

Αριθμός τηλεφώνου

Αριθμός κινητού τηλεφώνου

Εργάζεστε επί του παρόντος;

ναι όχι

Επάγγελμα

Οδός, Αριθμός

Αριθμός τηλεφώνου στην εργασία

Εάν ναι, είστε

μισθωτός/-ή αυτοαπασχολούμενος/-η

Εργοδότης

ΤΚ, Τόπος

Είμαι

συνταξιούχος φοιτητής/-τρια

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τι είδους ασφάλιση έχετε;

κρατική ασφάλιση προαιρετική ασφάλιση πρόσθετη ασφάλιση οικογενειακή ασφάλιση

Έχετε ιδιωτική ασφάλιση;

ναι όχι

Χρεώνετε βάσει βασικής τιμής;

ναι όχι

Υπάγεστε σε κάποια κατηγορία φροντίδας;

ναι όχι

Αν ναι, σε ποια:

Σας παρέχεται επίδομα ένταξης σύμφωνα με το άρθρο 54, τόμες XII του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλισης (SGB);

ναι όχι

Όνοματεπώνυμο μέλους

Για άμεση διευθέτηση/ διεύθυνση χρέωσης:

Όνομα του υπόχρεου πληρωμής

Οδός, Αριθμός

Ημερομηνία γέννησης

Ημερομηνία γέννησης

ΤΚ, Τόπος

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ

Πόσο ικανοποιημένος/-η είστε με το χαμόγελό σας αυτή τη στιγμή;

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 = πολύ δυσαρεστημένος/-η 5 = έτσι και έτσι 10 = πολύ ικανοποιημένος/-η

Ήρθατε μόνο επειδή έχετε πονόδοντο;

ναι όχι

Θα επιθυμούσατε να σας υπενθυμίζουμε τα ραντεβού σας στο μέλλον; (Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας μέσω τηλεφώνου/ e-mail/ ταχυδρομείου)

ναι όχι

Έχει αποδειχθεί ότι ο επαγγελματικός καθαρισμός των δοντιών φροντίζει τα φυσικά σας δόντια. Χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες;

ναι όχι

Αντιμετωπίσατε ποτέ τα ακόλουθα συμπτώματα;

Αιμορραγία ούλων

ναι όχι

Χαλάρωση δοντιών

ναι όχι

Πόνος στην περιοχή της κροταφογοναθικής άρθρωσης ή/και σφίξιμο των μασητήριων μυών

ναι όχι

Πόνος στο πρόσωπο ή/και στα αυτιά;

ναι όχι

Οξύς πονόδοντος

ναι όχι

Πάσχετε ή πάχατε από μία από τις ακόλουθες ασθένειες;

Αλλεργική αντίδραση ή/και υπερευαισθησία

ναι όχι

Καρδιαγγειακές παθήσεις

ναι όχι

Ίκτερος, λοιμώδεις ασθένειες, HIV

ναι όχι

Σακχαρώδης διαβήτης

ναι όχι

Οστικές παθήσεις

ναι όχι

Διαταραχές πήξης του αίματος

ναι όχι

Δυσανεξία σε φάρμακα

ναι όχι

Ρευματικές παθήσεις

ναι όχι

Άλλες ασθένειες

ναι όχι

Αν ναι, ποιες;

Λαμβάνετε τακτικά φάρμακα;

ναι όχι

Αν ναι, ποια;

Λαμβάνετε ή έχετε λάβει στο παρελθόν ναρκωτικές ουσίες; (κάνναβη, κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη, ηρωίνη, κοκαΐνη)

ναι όχι

Σας χορηγείται/έχει χορηγηθεί θεραπεία με διφωσφονικά;

ναι όχι

Έχετε υποβληθεί πρόσφατα σε ακτινογραφίες;

ναι όχι

Διαθέτετε βιβλιάριο ακτινογραφιών;

ναι όχι

Είστε έγκυος;

ναι όχι

Άλλο:

Παρακαλούμε να μας ενημερώσετε για οποιαδήποτε αλλαγή όσον αφορά την κατάσταση της υγείας σας και τη διεύθυνσή σας.

Τα στοιχεία σας ενδέχεται να αποθηκευτούν και να υποβληθούν σε ηλεκτρονική επεξεργασία από εμάς.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία των δεδομένων διατίθενται κατόπιν αιτήματος.

Έχω ενημερωθεί και συμφωνώ με τη σύνταξη των απαιτούμενων προγραμμάτων θεραπείας και κόστους, καθώς και των σχετικών παραστατικών οδοντιατρικής αμοιβής από εξωτερικό γραφείο τιμολόγησης. Εν προκειμένω, συμφωνώ με την κοινοποίηση των δεδομένων που απαιτούνται για τον σκοπό αυτό και απαλλάσσω όλους τους οδοντίατρος/ιατρούς από την υποχρέωση εχεμύθειας για τον σκοπό αυτό.

ναι

Δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη χρήση των δεδομένων μου για τους σκοπούς που αναφέρονται παρακάτω:

1. Αποστολή ενημερωτικών δελτίων σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή (π.χ. με πληροφορίες για την εταιρεία, νέες προσφορές από τη ΖΤΚ ή ευχετηρίων καρτών και καρτών γενεθλίων.

ναι

2. Επικοινωνία από εργαζόμενους της ΖΤΚ ZAHNGESUNDHEIT GmbH μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, SMS, μηνύματος στο WhatsApp, τηλεφώνου, επιστολής κ.λπ. για τον καθορισμό ραντεβού και την υπηρεσία υπενθύμισης για επαναλαμβανόμενες προληπτικές εξετάσεις («Recall»).

ναι

Μπορώ να ανακαλέσω αυτή τη συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή εγγράφως, π.χ. αποστέλλοντας επιστολή ή e-mail στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου info@ztk-zahngesundheit.de, με ισχύ για το μέλλον.

Τόπος, Ημερομηνία

Υπογραφή