

Мы хотели бы интенсивно заняться Вашими пожеланиями. Для этого нам необходима следующая информация. Мы просим Вас предоставить информацию и добросовестно ответить на вопросы. Информация и данные о лечении являются врачебной тайной.

Для любого лечения требуется персональная и организаторская работа, в Вашем распоряжении наш высококвалифицированный персонал. Если у Вас произошли изменения во времени посещения, просим сообщить о них по телефону не позднее чем за 24 часа, в противном случае мы вынуждены вычитать с Вас штраф за неявку.

Ваша команда «ZTK ZAHNGESUNDHEIT»

Каким образом Вы узнали о нас?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Рекомендация | <input type="checkbox"/> Реклама в интернете |
| <input type="checkbox"/> Поиск в Google | <input type="checkbox"/> Реклама по телевидению/радио |
| <input type="checkbox"/> на Facebook | <input type="checkbox"/> Объявление в газете/журнале |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Плакат/флайер/наружная реклама |
| <input type="checkbox"/> Бронирование визита онлайн (Doctolib, Dr. Flex) | <input type="checkbox"/> Вывеска на клинике |
| | <input type="checkbox"/> Рекламная статья |

Прочее:

РЕГИСТРАЦИЯ

Фамилия

Улица, номер дома

Дата рождения

Адрес электронной почты

Имя

Почтовый индекс, населенный пункт

Телефон

Номер сотового телефона

Вы работаете в настоящее время? да нет

Специальность

Улица, номер дома

Рабочий номер телефона

Если да, то работаете в найме самостоятельно

Работодатель

Почтовый индекс, населенный пункт

Я пенсионер студент

СТРАХОВКА

У Вас есть страховка? Государственная страховка Добровольная страховка Дополнительная страховка Семейная страховка

У Вас частная страховка? да нет У Вас базовый тариф? да нет

Степень нуждаемости в уходе? да нет Если да, то какой категории:

Вы получаете помощь в социальной интеграции в соответствии с § 54 SGB XII? да нет

Участник

При прямом расчете / адрес выставления счета:

Плательщик по счету

Улица, номер дома

Дата рождения

Дата рождения

Почтовый индекс, населенный пункт

ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

В настоящее время Вы довольны своей улыбкой?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 = очень недоволен 5 = пойдет 10 = очень доволен

Вы пришли только из-за зубной боли? да нет

Хотите ли Вы в будущем получать напоминания о времени приема? (Мы свяжемся с Вами по телефону / по электронной почте / по почте) да нет

Профессиональная чистка зубов (PZR) объективно поддерживает Ваши зубы в естественном состоянии. Хотите больше узнать об этом? да нет

Наблюдались ли у Вас когда-либо следующие симптомы?

Кровоточивость десен да нет

Расшатанность зубов да нет

Боль в области височно-нижнечелюстного сустава и/или напряжение жевательной мускулатуры? да нет

Боль в области лица и/или ушах? да нет

Острая зубная боль да нет

Болели ли Вы или болеете сейчас одним из следующих заболеваний?

Аллергическая реакция и/или повышенная чувствительность да нет

Сердечные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания да нет

Желтуха, инфекционные заболевания, ВИЧ да нет

Сахарная болезнь (диабет) да нет

Заболевания костей да нет

Нарушения свертываемости крови да нет

Лекарственная непереносимость да нет

Ревматические заболевания да нет

Другие заболевания да нет

Если да, то какие?

Вы принимаете какие-либо лекарства регулярно? да нет

Если да, то какие?

Вы употребляете или употребляли в прошлом наркотики? (Анаша, метамфетамин, героин, кокаин) да нет

Выполнялось/выполняется лечение бисфосфонатами? да нет

Недавно делали рентгеновские снимки? да нет

У Вас имеется рентгеновский паспорт? да нет

Вы беременны? да нет

Прочее:

Сообщайте нам о всех изменениях в своем здоровье и изменении адреса.

Ваши данные обработаны и сохранены в электронном виде, более подробную информацию по защите данных

Вы можете получить по запросу.

Я получил/а информацию и согласен/согласна с тем, что план лечения и план расходов, а также расчет гонорара могут быть выполнены сторонней организацией, занимающейся составлением счетов. Таким образом, я согласен/согласна на передачу необходимой для этого информации и для этой цели освобождаю всех стоматологов / врачей от обязательства о неразглашении. да

Я согласен/согласна с тем, что мои данные будут использованы для следующих целей:

1. Отправка печатных и онлайн информационных бюллетеней (напр., бизнес-информация, новые предложения ZTK) или поздравительные открытки или открытки с днем рождения. да

2. Для записи на прием и сервиса по напоминанию пройти медосмотр («Recall») связаться с сотрудником клиники ZTK ZAHNGESUNDHEIT GmbH по электронной почте, SMS, WhatsApp, по телефону, письмом и пр. да

Я могу отозвать это согласие в любой момент письменно, например, письмом или по электронной почте, отправленной по адресу info@ztk-zahngesundheit.de.

Место, дата:

Подпись