

Kendimizi yoğun bir şekilde meselelerinize adanmak istiyoruz. Bu nedenle aşağıdaki bilgiler önemlidir. Aşağıdaki bilgileri ve soruları bilginiz dahilinde en iyi şekilde yanıtalamanızı rica ediyoruz. Bu bilgilerin yanı sıra tedavi bilgileri tıbbi gizliliğe tabidir.

Her tedavi personel bakımından ve organizasyonel açıdan çaba gerektirir; Size üstün nitelikli uzman personel hizmeti sağlıyoruz. Bu nedenle randevu değişikliklerini bize lütfen en geç 24 saat önceden telefonla bildirin. Aksi durumda bir iptal ücreti talep etmemiz gerekebilir.

ZTK ZAHNGESUNDHEIT Ekibiniz

Bizden nasıl haberdar oldunuz?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kişisel tavsiye | <input type="checkbox"/> Web sitesi reklamları |
| <input type="checkbox"/> Google araması | <input type="checkbox"/> Radyo/TV reklamı |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Dergi ilanı |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Afiş / broşür / sokak reklamı |
| <input type="checkbox"/> Çevrimiçi randevu kaydı (Doctolib, Dr. Flex) | <input type="checkbox"/> Muayenehane levhası |
| <input type="checkbox"/> Diğer: | <input type="checkbox"/> Reklam ürünü |

KAYIT

Soyadı

Sokak, bina numarası

Doğum tarihi

E-posta adresi

Adı

Posta kodu, yer

Telefon numarası

Cep telefonu numarası

Şu anda çalışıyor musunuz? evet hayır

Meslek

Sokak, bina numarası

İş telefonu numarası

Evet ise, çalışma durumunuz nedir çalışan serbest meslek

İşveren

Posta kodu, yer

Ben emekliyim öğrenciyim

SAĞLIK SİGORTASI

Sigortalı türünüz nedir? yasal sigorta isteğe bağlı sigorta ek sigorta aile sigortasıBireysel sigortanız var mı? evet hayırBir temel tarifeniz var mı? evet hayırBir bakım derecesi var mı? evet hayır

Evet ise, hangisi:

SGB XII Madde 54 uyarınca bir topluma kazandırma yardımı var mı? evet hayır

Üyenin adı

Doğrudan faturalandırma durumunda / fatura adresi

Faturayı ödeyenin adı

Sokak, bina numarası

Doğum tarihi

Doğum tarihi

Posta kodu, yer

SAĞLIĞINIZ HAKKINDA BİLGİLER

Gülüştünüz ile ilgili olarak şu anda ne derece memnunsunuz? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 = hiç memnun değilim 5 = idare eder 10 = çok memnunum

- Sadece diş ağrısı nedeniyle mi geldiniz? evet hayır
- Gelecekte randevu hatırlatmaları talep ediyor musunuz? (Sizinle telefon / e-posta / posta aracılığıyla iletişime geçiyorum) evet hayır
- Profesyonel diş temizliği (PZR) doğal dişlerinizi kanıtlanabilir şekilde korur. Daha fazla bilgi ister misiniz? evet hayır

Sizde herhangi bir zamanda aşağıdaki belirtiler meydana geldi mi?

- Diş eti kanaması evet hayır
- Diş gevşemesi evet hayır
- Çene eklemi bölgesinde ağrı ve/veya çiğneme kaslarında gerilme evet hayır
- Yüz bölgesinde ve/veya kulaklarda ağrı? evet hayır
- Ani diş ağrısı evet hayır

Aşağıdaki hastalıklardan birine sahip oldunuz mu veya sahip misiniz?

- Alerjik reaksiyonlar ve/veya aşırı duyarlılık evet hayır
- Kalp ve damar hastalıkları evet hayır
- Sarılık hastalığı, enfeksiyon hastalıkları, HIV evet hayır
- Şeker hastalığı (Diyabet) evet hayır
- Kemik hastalıkları evet hayır
- Kanama pıhtılaşma bozuklukları evet hayır
- İlaç intoleransı evet hayır
- Romatizmal hastalıklar evet hayır
- Diğer hastalıklar evet hayır
- Evet ise, hangileri?
- Düzenli ilaç kullanıyor musunuz? evet hayır
- Evet ise, hangileri?
- Uyuşturucu kullanıyor musunuz veya geçmişte kullandınız mı? (Kenevir, metamfetamin, eroin, kokain) evet hayır
- Bisfosfonatlar ile bir tedavi gerçekleşiyor mu/gerçekleşti mi? evet hayır
- Kısa bir süre önce röntgen çekimi yapıldı mı? evet hayır
- Bir röntgen kimliğiniz var mı? evet hayır
- Gebelik durumunuz var mı? evet hayır
- Diğer:

Sağlık durumu ve adres bilgilerinizdeki her türlü değişikliği lütfen bize bildirin.

Bilgileriniz gerektiğinde tarafımızca elektronik ortamda saklanır ve işlenir; talep üzerine veri gizliliği hakkında ayrıntılı bilgileri memnuniyetle sağlayabiliriz.

Gerekli tedavi ve masraf planlarının yanı sıra diş doktoru ücret faturalarının harici bir muhasebe bürosu tarafından oluşturulabileceğine dair bilgilendirildim ve bunu kabul ediyorum. Bu bağlamda gerekli bilgilerin aktarılmasını ve bu amaca yönelik tüm diş doktorlarının / doktorların gizlilik yükümlülüklerinden muaf tutulmasını onaylıyorum. evet

Bilgilerimin aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda kullanılabilmesini onaylıyorum.

- Baskı şeklinde ve çevrimiçi haber bültenlerinin (örn. şirket bilgileri, yeni ZTK hizmetleri hakkında) veya selamlama ile doğum günü kartlarının gönderilmesi. evet
- Özellikle randevu verilmesi ve periyodik önleyici muayeneler için hatırlatma servisi ("Hatırlatma") amacıyla ZTK ZAHNGESUNDHEIT GmbH personeli tarafından e-posta, SMS, WhatsApp mesajı, telefon, mektup ile iletişime geçilmesi. evet

Bu onayı her zaman, gelecekte etki edecek şekilde yazılı olarak örn. mektup ya da info@ztk-zahngesundheit.de adresine e-posta göndererek iptal edebilirim.

Yer, Tarih

İmza