



## Добро пожаловать в нашу клинику!

Уважаемые пациенты,  
перед тем как мы начнём ваше лечение зубов нам понадобится информация о Вас и Вашем состоянии здоровья. Это важно для безопасного лечения. Ваши заметки будут занесены в нашем компьютере. Мы предоставляем гарантию что ваши данные совершенно секретны.

**Пациент** .....

фамилия ..... имя ..... день рождения .....

**Адресс** .....

улица/дом ..... индэкс ..... город .....

**Телефон** ..... рабочий..... домашний.....

**Е-Майл** .....

**Профессия** ..... **Фирма:** .....

**Страховка** ..... **номер** .....

**Адресс страховки:** .....

как и с кем .....  государственная страховка .....  частная страховка  
застрахованы .....  муж .....  отец .....  мать ..... день рождения .....

.....  
фамилия ..... имя .....

.....  
профессия ..... адрес .....

Кто нас вам посоветовал?  
.....

### Важная информация

Уважаемые пациенты если вы не можете предти вами назначеный термин просим Вас отказаться за 24 часа до назначения.  
Если Вы были не в состояни сообщить, стоимось не состоящегося термина ставится вам в счёт.  
Непредсказуемые пациенты, как например пациенты с болью мы принимаем между назначенными поциентами. Просим извенения за возможную задержку.

### Для кассовых пациентов

При каждом посещении в нашей клинике просим Вас предоставить вашу страховую карточку.  
Если Вы не в состоянии предоставить карточку в течение 14 дней после лечения, мы имеем право предоставить Вам счёт за ваше лечение.  
Если возникнут у Вас вопросы по заполнению формуляра просим Вас обратиться к нам.

### Ваш лечащий врач:

фамилия ..... адрес ..... тел. ....

Находитесь ли Вы в медицинском лечении?

Да

Нет

Если да, то по какому поводу?

**1) Сердце**

Да Нет

- Были/Есть ли у Вас сердечные заболевания?
- Нарушение или протез сердечного клапана?
- Сердечные операции?
- Эндокардитис(Воспаление сердечной оболочки)?
- Сердечная слабость?
- Не постоянное сердцебиение?
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Порок сердечного клапана

**4) Лёгкие**

Да Нет

- Астма/хронический бронхит
- Туберкулёз

**6) Нервная система**

Да Нет

- Приступы
- Депрессии
- Судорги

**2) Кровообращение**

Да Нет

- Повышенное давление
- Пониженное давление

**3) Кровь**

Да Нет

- Анемия/Малокровие
- Склонность к кровотечениям
- Медикаменты для свёртывания крови

**5) Обмен веществ**

Да Нет

- Сахарный диабет
- Щитовидная железа/зоб
- Заболевания печени/гепатит

**7) Алергии**

Да Нет

- Экзема
- Алергия на медикаменты?
- Заболевания почек?
- Алергия на пеницилин?
- Алергия на никель?
- Есть ли у Вас алергипаспорт

8) Есть ли у Вас другие заболевания?

9) Принимаете ли Вы медикаменты для свёртывания крови?  да  нет  
или другие? .....

Непереносимость медекаментов?  да  нет  
если да против каких ?

10) Когда был Ваш последний рентгеновский снимок в челюстно-лицевой области?

11) Беременность?  да  нет Если да, на каком месяце? .....

12) Болеете ли Вы спидом?  да  нет (Эти данные как и все другие совершенно секретны.)

13) Принимаете ли Вы часто наркотики, медикаменты, алкоголь?  да  нет  иногда

14) Анастэтик может повлиять на вашу бдительность при вадении машины. Пожалуйста примите это к сведенью.

15) Имеется ли у Вас в наличии „ Bonusheft“?

16) У Вас на данный момент проводится терапия с помощью бисфосфоната?

Мы предлагаем нашим пациэнтам бесплатный сервис о предупреждение контрольного термина через каждые шесть месяцев.

Хотели бы Вы?

да

нет

Я подтверждаю правельность этих данных моей росписью

Дата/ Роспись