



Dr. med. dent. habil. F. Bürger & Partner  
Zahnärztliche Partnerschaftsgesellschaft  
Antoniterstr.60  
55232 Alzey  
Tel.: 06731 61 88 0  
Fax: 06731 61 88 99  
www.buerger-alzey.de / info@buerger-alzey.de

## Kayıtformu

## Muayenehanemize Hoşgeldiniz !

Sayın hastalarımız,

diş sağlığınız ile alakalı dilekeleriniz hakkında sohbetimizden önce, kişisel bilgilerin yanısıra sağlık durumunuzla ilgili bizi bilgilendirmeniz gerekli. Bu bilgiler uygun ve risksiz tedavi için önemli.

Bize verdiğiniz bilgiler bizim tarafımızdan bilgisayara yüklenecek ve bu kayıtlar katıkoruma yasası altındadır.

**Hasta** .....  
Soyadı ..... Adı ..... Doğum tarihi .....

**Adres** .....  
Sokak / ev numarası ..... Postakodu ..... yer .....

**Telefon** ..... iş yeri. ....: özel ..... cep tel.....

**E-Mail** .....

**Meslek** ..... **Meslek yeri:** .....

**Hastalığısigortanız** ..... **Üye numranız** .....

**Üye** **Hastalığısigortanızın adresi:** .....  
 zorunlu sigortalı  serbes sigortalı  
 eşiniz üstüne sigortalı  baba üzerine sigortalı  anne üzerine sigortalı

.....  
Soyadı ..... Adı .....

.....  
Meslek ..... Adres .....

bize gönderildiğiniz yer: .....

### Önemli Bildiri

Biz her zaman hastalarımızın uzun bekleme sürelerini azaltma uğraşları içindeyiz. Bunu sürdürmek içinde aldığımız talimatlar üzere tutamayacağınız randevuları vakitli olarak bildirmeniz gerekli. Bundan dolayı kararlaştırdığımız randevular vakitli olarak bildirmeniz gerekli. Bundan dolayı kararlaştırdığımız randevuları vaktinde, en uygun olarak 24 saat önce iptal etmeniz gerekiyor. Kendinizi bize haber vermeme durumunda gördüğünüz takdirde bizimde size karşı kayıpsüre tazminatını hesabınıza ekleme hakkımızın olduğunu size bildiririz. Önceden bilinmeyen acil hastalarımız nedeniyle Zamanyönetimimiz kısa süre için aksayabilir. Bu nedenle reguler randevularınızda oluşan aksaklıklar için özürdileriz.

### Sigortalıhastalarımıza:

Sigortakartınız bizi Muayenehanemizde her ziyaret ettiğinizde bize gerekli. Tedavinizden 14 gün geçtiği takdirde sigortakartınızı göstermediyseniz sizi Özel sigortalı olarak kayıtlıyoruz. Size bu durumda görmüş olduğunuz tedavi nedeniyle dişdoktoru ücret yasasına göre Fatura kesmek zorundayız. Ödeme aksaklığı durumunda, bizimde olasılığımız Creditreforma başvurup ödeme talebinde bulunmaları için sizinle alakalı belgeleri sunacağımızı bildiririz.

Sorularımızı cevaplandırmakta zorlanıyorsanız size tabiki yardımcı olabiliriz.

**Ev doktorunuz:**.....

Adı

Adresi

Tel.

**Şu an doktor yada doğal yöntemle uygulayan doktor muayenesi altındasınız? Evet .....Hayır .....**

Q:\Qualitätsmanagement\Dokumentenlenkung\freigegebene Formulare\Vorlagen\Patienten\Infomaterial\neues Logo\anamnese\_tr-RevL.doc  
Änderungsdatum: 08.10.2009 Freigabe durch GL am 08.10.2009 Revision: L

Eğer muayene altındaysanız, hangi hastalıktan dolayı?

### 1) Kalp

Evet Hayır

- Kalp rahatsızlığınız var ,yada var mıydı?
- Doğuştan yada sonradan oluşan Kalpbozukluğu?
- Kalp kapak bozukluğu yada Kalpatisprotezi?
- Kalp ameliyatı oldunuz mu?
- Endokarditiz (Kalpıyüzü iltahabı)?
- Koronal Kalprahatsızlığı (Anjin)?
- Kalpyetmezliği?
- Kalp atış rahatsızlığı (Arrhythmie)?
- Kalp atış aleti taşıyormusunuz?
- Kalp krizi geçirdiniz mi?

### 4) Ciğer

Evet Hayır

- Astım / Kronik Bronşit
- Tuberkuloz
- ciğer iltihabi

### 6) Sinirsystemi

Evet Hayır

- Kriz geçirme
- Depression
- Kramp
- Korkma durumu
- başka rahatsızlıkları

### 7) Allerji

Evet Hayır

- Saman Nezlesi/Ekzem
- İlaç allerjisi
- Penisillinallerjisi?
- Gümüş Alercisi?
- Lastik allejisi
- Allerjipassınız var mı?

### 2) Kandolaşımı

Evet Hayır

- Yüksek tansiyon
- Düşük tansiyon
- inme Felc

### 3) Kann

Evet Hayır

- Kan yetmezliği (Anemi)
- Kanamaya müsaid,az yaralanmada morluk oluşumu
- Aşırı Burun Kanama
- Kanama problemi
- Ameliyat sonrası kanama

### 5) Metabolizma

Evet Hayır

- Şeker hastalığı (Diabetik)
- Guatr/Beze hastalığı
- Hepatit Sarılık

### 8) İc organlar

Evet Hayır

- Diyalize bağlı
- Hikcirik problemi
- Migde yanması
- Böbrek sorunu
- Tas sorunu
- Böbrek rahatsızlığı

### Başka rahatsızlığınız var mı?

9) Kanı incellenden ilaçlar alıyormusunuz (mesela Marcumar yada Aspirin gibi)?  evet  hayır

Yada benzeri? .....

- Belli ilaçları hazmetmeme durumunuz var mı?  evet  hayır

Varsa hangileri? .....

10) Son Röntgenmuayeneniz (Kafa bölgesinde ne zamandı)? .....

11) Hamile misiniz?  evet  hayır Hamileyseniz kaç aylık? .....

12) HIV hastalığı var mı?  evet  hayır (bu verdiğiniz bilgi kesin güvence altındadır)

13) Uyuşturu, ilaç, Alkol alıyormusunuz?  evet  hayır  arasıra

14) Uyuşturucu iğne anestezi arzu ediyormusunuz?  evet  hayır

(Uyuşturucular (Enjektetler) sizin sürüş kabiliyetinizi etkileyebilir. Lütfen bu durumu randevularınızda göz önünde bulundurun.)

15) Devamli sürdürdüğünüz Bonus Kartınız var mı? (Son 5 yilin Kayıtları olan)?

16) Sizde Bisphosphonat tedavisi yani (Cam Kemik) tedavisi uygulaniyormu ?  evet  hayır

**Biz hastalarımıza bedava olarak Erkenteşismuayenesinin hatırlatma servisini (Recall) sunuyoruz.**

**Bu tabiki sizin bonusunuz içinde yardımsal.**

**Doktorlarımız sizi bu konuda tabiki detayla bilgilendirebilir.**

**Bu servisi Kullanmak istermisiniz?**

evet  hayır

Bu yaptığımız muayene anlaşmasındaki sorumluluk benim rizamla Muayeneyi yapan Ortak diş doktoruyla sınırlıdır..

Verdiğimiz tüm bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum. ....

Tarih / İmza

İş birliğiniz ve verdiğiniz beyanatlarınız için teşekkür ederiz.

**Lütfen yukarıda bize verdiğiniz beyanatlarda bir değişiklik olursa bize hemen bildiriniz.**