

## РЕЄСТРАЦІЯ

Anmeldung

**Будь ласка, якщо можете, пишіть латинськими літерами!**

Bitte wenn möglich in lateinischer Schrift ausfüllen!

**Ім'я пацієнта:** .....  
Name des Patienten

**нар.:** ..... **Місце народження:** .....  
geb. Geburtsort

**Ім'я страхувальника або:** ..... **нар.:** .....  
**отримувача** geb.  
Name des Versicherten bzw. des Rechnungsempfängers

**Поштовий індекс/місце проживання:** ..... **Вулиця:** .....  
PLZ / Wohnort Straße

**якщо відрізняється, адреса рахунку:** .....  
wenn abweichend, Rechnungsadresse

**Телефон:** ..... **робочий:** ..... **мобільний:** .....  
Telefon beruflich mobil

**Електронна пошта:** .....  
Email

**Медичне страхування / Компетентний орган:** .....  
Krankenkasse / zuständige Behörde

**Стоматолог:** .....  
Behandelnder Zahnarzt

**Хто нас порекомендував?** .....  
Wer hat uns empfohlen?

**Відповідно до Постанови про захист від шкоди рентгенівського випромінювання відповідь на такі питання є обов'язковою:**

*Nach der Röntgenverordnung besteht die Verpflichtung, Ihnen die folgenden Fragen zu stellen:*

**Чи робив пацієнт протягом останніх 12 місяців  
знімки зубів чи щелепи?**

Так  Ні

Sind vom Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. kieferaufnahmen gemacht worden?

**Якщо так, то у якого стоматолога?**.....  
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt

**Які ще рентгенівські знімки Вам робили протягом останніх шести місяців?**

Welche Röntgenaufnahmen wurden innerhalb des letzten halben Jahres außerdem angefertigt?

.....

### Отримав ортодонтичне лікування

Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt

З ..... до ..... у .....  
von bis bei

Чи проводилося ортодонтичне лікування братів і сестер  батька  матері  ?  
Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei Geschwistern Vater Mutter stattgefunden?

Чи є у Вас алергії? Так  Ні  якщо так, які? .....  
Sind Allergien bekannt? Ja Nein wenn ja, welche?

Чи є у Вас інфекційні захворювання? Так  Ні  якщо так, які? .....  
Bestehen Infektionskrankheiten? Ja Nein wenn ja, welche?

Чи є у Вас чи у членів Вашої родини в анамнезі ревматичні захворювання? Так  Ні   
Sind bei Ihnen oder in der Familie rheumatische Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Цим я даю згоду на зберігання моїх персональних даних з метою стоматологічного/ортодонтичного лікування та виставлення рахунків, а також обміну інформацією з іншими стоматологічними лікарями стосовно даних пацієнтів та стоматологічних висновків у цій клініці.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen/ kieferorthopädischen Behandlung und Rechnungsstellung sowie dem Informationsaustausch mit anderen Zahnarztpraxen über Patientendaten und zahnärztliche Befunde durch die Praxis zu.

Мене повідомили, що я можу в будь-який момент відкликати свою згоду, проте це не вплине на законність моєї згоди до самого моменту її відкликання. (ст. 7 абз. 3 речення 2 Загального регламенту про захист даних)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mein jederzeit möglicher Widerruf die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

У разі виникнення будь-яких змін під час лікування, будь ласка, негайно повідомте нас.

Bei Änderungen im Laufe der Behandlung informieren Sie uns bitte sofort.

, дата: .....  
den

.....  
Підпис пацієнта або законного опікуна  
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

Цим я даю згоду на передачу електронних листів, наприклад, рахунків вищевказаному одержувачу до моменту її відкликання на мою вимогу.

Ich stimme hiermit, bis auf jederzeitigen Widerruf, der Übermittlung von E-Mails, z.B. Rechnungen, an den oben genannten Empfänger zu.

, дата: .....  
den

.....  
Підпис пацієнта або законного опікуна  
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten