

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