

Zahnärzte am Friedrichshain MS11
Olesya Spannheimer
Matthiasstraße 11 - 10249 Berlin
Telefon: 0177 639 77 51

**Анкета пациента и Анамнез
Anmeldebogen mit Anamnese**

Name: _____ Дата: _____
Имя: _____
Vorname: _____
Фамилия: _____
Geburtsdatum: _____
Дата рождения: _____
Adresse: _____
Адрес: _____
Beruf: _____
Профессия: _____
Tel.: _____
Fax.: _____
Mobil.: _____
Krankenkasse: _____
Страховая компания: _____

Für Ihre optimale Therapieplanung bitten wir Sie folgende Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese) zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

для планирования и проведения оптимального и безопасного для Вас лечения мы просим ответить на вопросы, относящиеся к состоянию Вашего здоровья. Все предоставляемые нам данные не подлежат разглашению.

Как Вы узнали о нашей клинике? (кто Вам рекомендовал?)

Общемедицинский анамнез
Spezielle Anamnese

Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли у Вы аллергическими реакциями?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли вы астмой?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Besteht ein Anfallsleiden(Epilepsie)?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли Вы эпилепсией?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдали ли Вы заболеваниями крови?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Haben Sie grünen Star?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein,
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли Вы глаукомой?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли Вы заболеваниями сердца?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Herzklappenfehler/-ersatz ?	_____
Установлен ли у Вас кардиостимулятор	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
или искусственный клапан?	_____
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете ?	_____
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли Вы повышенным	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
кровяным давлением (гипертонией)?	_____
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____

Hypotonie (niedriger Blutdruck)? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Страдаете ли Вы пониженным кровяным давлением (гипотонией)? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Haben Sie eine Tumorerkrankung? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Был ли у Вас когда-либо диагностирован рак? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Sind Sie HIV positiv? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
СПИД/ВИЧ? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Haben Sie Hepatitis B ? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Гепатит В? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Haben Sie Hepatitis C? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Гепатит С? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Haben Sie Diabetes? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Страдаете ли Вы сахарным диабетом? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Haben Sie eine Magen-/Darm-/Leber-
Nierenerkrankung? ja / nein
Wenn ja welche Medikamente? _____
Страдаете ли Вы заболеваниями
желудочно-кишечного тракта, печени или почек? да / нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете? _____

Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Страдаете ли Вы мигренью?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche Medikamente?	_____
Был ли у Вас диагностирован рак?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие медикаменты Вы принимаете?	_____
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Вы беременны? Если да, то какой срок(неделя)?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
_____	_____
Sind Sie Raucher	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Вы курите?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Sind Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Страдаете ли Вы алкогольной зависимостью?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Sind Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Употребляете ли Вы наркотики?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет

Для Вашего комфорта и удобства лечения мы просим ответить на следующие вопросы:

**Стоматологический анамнез:
Spezielle Anamnese**

Вы обратились к нам относительно:

Kommen Sie zur Routineuntersuchung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
- проведения профилактического обследования?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
-из-за зубной боли	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
-лечения десен	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
-устранения неприятного запаха изо рта	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
-болей в челюстном суставе	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Sonstige Gründe: _____	
Другие причины: _____	

Ist bei Ihnen eine Parodontobehandlung durchgeführt worden? ja / nein
Проводилось ли когда-нибудь лечение парадонтоза? да / нет

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja / nein
Довольны ли Вы тем, как выглядят Ваши зубы? да / нет

Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

- Ich erachte eigene Zähne für ein ganzes Leben für sehr erstrebenswert, die Gesundheit ist mir wichtig.
 Mir sind ästhetisch schöne Zähne wichtig.
 Ich möchte von Ihnen an meinen regelmäßigen Durchsichtstermin (Recall) erinnert werden.

Вы согласны/не согласен со следующими высказываниями? :

- Мне важно сохранить свои зубы в хорошем состоянии в течении всей жизни, т.к. здоровье имеет для меня первостепенное значение
 Для меня важную роль играет эстетический вид моих зубов
 Я хочу назначить дату следующего посещения (Recall)
 Telefon SMS Mail

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin einzuhalten, möchten wir Sie bitten, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei wiederholten Nichteinhalten des Termins behalten wir uns vor, Ihnen das Honorar für die bei Ihrem Behandlungstermin vorgesehene Leistung in Rechnung zu stellen.

Мы стараемся экономить Ваше время и максимально сократить время ожидания приема. Если Вы по какой-либо причине не можете явиться к назначенному времени, настоятельно просим известить нас об этом за 24 часа до назначенного времени приема.

Мы заранее благодарим Вас за пунктуальность.

В случае неявки к назначенному времени мы имеем право потребовать от Вас оплатить предполагаемое время лечение как компенсацию за упущенную прибыль.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Я подтверждаю, что все указанные мною данные соответствуют действительности и что я не скрыл(а) никакие важные обстоятельства, касающиеся моего здоровья. Я согласен с вышеизложенными правилами.

Пациент и врач договорились о возможном размере возмещений в случае возникновения осложнений или издержек назначенных услуг из перечня работ и услуг Положения о сборах для врачей-стоматологов и Положения о сборах для врачей § 2 1 и 2§ 2.

Я соглашаюсь с повышением в обычном случае на 3,5-кратную ставку сбора ограниченного фактора и повышения до 7,0-кратной ставки сбора для последующих в плане манипуляций.

Vielen Dank.

Большое спасибо.

Berlin, den _____

Берлин _____

_____ Пациент