

Patientenkontaktdaten	Контактні дані пацієнта	
Familienname:	Прізвище	
Vorname:	Ім'я	
Straße/Hausnummer:	Вулиця/номер будинка	
PLZ/Wohnort:	Поштовий індекс/ місцезнаходження	
Geburtsdatum:	Дата народження	
Versichertenstatus:	Статус страхування	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	Наступні сім пунктів інформації заповнюються за Вашим вибором!	
Telefonnummer (privat):	Телефон (приватний):	
Telefonnummer (mobil):	Телефон (мобільний) :	
E-Mail:	Електронна пошта :	
Beruf:	Професія:	
Hausarzt/Name:	Сімейний лікар/прізвище:	
Hausarzt/Telefonnummer:	Сімейний лікар/ телефон:	
Hausarzt/Anschrift:	Сімейний лікар/адреса:	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров'я! Інформація підпадає під дію правил медичної конфіденційності та захисту даних та буде розглядатися як суворо конфіденційна.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Серцево-судинні захворювання		
Hoher Blutdruck:	Високий тиск	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Niedriger Blutdruck:	Низький тиск	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Herzklappenfehler:	порок серцевого клапана	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Herzklappenersatz:	заміна серцевого клапана	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Herzschrillmacher:	кардіостимулятор	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Endokarditis:	ендокардит	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Herzoperation:	операція на серці	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Immunsupprimierte Patienten	Пацієнти з ослабленим імунітетом		
Hochgradige Neutropenie:	Тяжка нейтропенія	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Mukoviszidose-Erkrankung:	хвороба муковісцидоз	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Organtransplantiert:	пересаджений орган	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Stammzellentransplantiert:	пересаджені стовбурові клітини	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Infektiöse Erkrankungen	Інфекційні хвороби		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	ВІЛ-інфекція / стадія СНІДу	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Lebererkrankung/Hepatitis:	Хвороба печінки / гепатит	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Tuberkulose:	Туберкульоз	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
MRSA:	Метицилін-резистентний золотистий стафілокок:	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	Хвороба Крейтцфельдта-Якоба (CJK) / Новий варіант хвороби Крейтцфельдта-Якоба (vCJK)	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні

Sonstige Krankheitsbilder		Інші клінічні картини	
Anfallsleiden (Epilepsie):	судомний розлад (епілепсія)	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Asthma/Lungenerkrankung:	астма/захворювання легенів	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Blutgerinnungsstörungen:	порушення згортання крові	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Diabetes/Zuckerkrankheit:	цукровий діабет	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Drogenabhängigkeit:	наркотична залежність	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Nervenerkrankung:	захворювання нервової системи	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Nierenerkrankungen:	захворювання нирок	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Ohnmachtsanfälle:	непритомність	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Osteoporose Erkrankung:	захворювання остеопорозом	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Raucher:	курець	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Rheuma/Arthritis:	ревматизм/артрит	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Schilddrüsenerkrankung:	захворювання щитовидної залози	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Sonstige Erkrankungen:	інші захворювання:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Алергія або непереносимість щодо:		
Lokalanästhesie/Spritzen:	Місцева анестезія / уколи:	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Antibiotika:	Антибіотики:	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Schmerzmittel:	Знеболюючі засоби:	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Metalle/welche:	Метали/перерахувати які:		
Schwangerschaft	Вагітність		
Besteht eine Schwangerschaft?	Чи є у Вас вагітність?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Wenn ja, in welchem Monat?	Якщо так, то в якому місяці?	Monat: місяць:	
Röntgen	Рентген		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Чи Вам робили рентген зубів?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
Wenn ja, wann?	Якщо так, то коли?	Monat/Jahr: Місяць / рік	
Einnahme von Medikamenten	Прийом ліків		
Welche Medikamente:	Які ліки:	seit/ з якої дати	
Weitere Medikamente:	Інші ліки:	seit/ з якої дати	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Чи приймаєте Ви бісфосфонати?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
		seit/ з якої дати	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Чи проходитье Ви медикаментозну хіміотерапію?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
		seit/ з якої дати :	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Чи проходитье Ви променеву терапію при онкології?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
		seit/ з якої дати	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Чи приймаєте Ви високі дози стероїдів/імуносупресантів?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ні
		seit/ з якої дати	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Чи були у Вас серйозні операції в лікарні?	<input type="checkbox"/> ja/ так	<input type="checkbox"/> nein/ ні
		Datum/ дата :	

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Я погоджуюся з тим, що у разі надання широкого спектру стоматологічних послуг у зубопротезних лабораторіях, за які мій стоматолог повинен здійснити фінансові авансові платежі зубному техніку, буде проводитись перевірка від служби із захисту від шахрайства, пов'язаного з отриманням кредиту.

ja/ так

nein/ ні

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Я даю згоду на обробку, зберігання, та використання персональних даних для включення їх в систему повторних викликів.

ja/ так

nein/ ні

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Зобов'язуюсь негайно повідомляти про будь-які зміни, що виникнуть протягом усього періоду лікування. Крім того, я зобов'язуюся дотримуватися узгоджених прийомів / призначень лікування або скасувати щонайменше за 24 години до узгодженого прийому. Я знаю, що прийоми у лікаря, які не були скасовані вчасно, можуть виставлятися в рахунок для їх оплати.

..... , den

Unterschrift:

..... , дата.....

Підпис: