



DENTALPRAXIS IM JOHANNISCONTOR
HAMIDE FARSHI

Modulo di storia medica

Patient

Nome : _____

Data di nascita : _____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo : _____

CAP : _____ Residenza: _____

Numero di cellulare : _____

E-Mail : _____

Instituto Bancario : _____

Titolare del conto : _____

Numero di conto (IBAN): _____

Codice Bancario (BIC): _____

Assicurato

Nome : _____

Data di nascita : _____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo : _____

CAP : _____ Residenza: _____

Numero di cellulare : _____

E-Mail : _____

Instituto di bancare : _____

Titolare di conto : _____

Numero di conto (IBAN): _____

Codice Bancario (BIC) : _____

Informazioni sulla tua assicurazione sanitaria

Assicurazione sanitaria legale: _____

Assicurazione sanitaria privata: _____

Registrazione al servizio di richiamo gratuito

Una buona igiene orale e una profilassi regolare sono le migliori garanzie per denti sani. Pertanto ti consigliamo vivamente di utilizzare regolarmente il nostro esame di controllo e il servizio di pulizia dei denti.

Saremo lieti di raggiungerti e offrirti appuntamenti regolari, non devi ricordare da solo quando torna il prossimo esame di controllo e il servizio di pulizia dei denti.

Data

Firma del paziente/ assicurato

Informazioni che vengono aggiornate sulle condizioni mediche del paziente

Hai avuto una delle seguenti malattie?

Grave mancanza di respiro

Epatite A B C

Diabete

Reumatismi

Disturbi convulsivi (epilessia)

Malattie del sangue

Disturbi tiroidei

HIV- Infezione

Infarto, in tal caso, quando _____

Tuberculosi

Ictus, in tal caso, quando _____

Malattie del fegato

Paralisi, in tal caso, specificare _____

Indossi un pacemaker? In tal caso, per quanto tempo _____

Insomnia

Reazioni allergiche

Di che tipo? _____

Altre malattie? _____

Malattie, problemi con:

Stomaco & intestino

Pressione sanguigna

Cuore & Circolazione

Stress

Polmoni & Bronchi

Articolazioni

Pelle & Mucose

Mal di testa

Fegato & pancreas

Psiche

Consumo di

Sigarette No Si Quando: _____
Caffè, tè No Si Quando: _____
Narcotici No Si Quando: _____
Sonniferi No Si Quando: _____

Prendi regolarmente qualche farmaco?

Sì, _____ No

Sei incinta?

Sì, _____ mese No

Alcune domande generali:

Quali desideri e aspettative hai riguardo al nostro trattamento?

Come valuterebbe la sua attuale situazione dentale?

Come valuterebbe il suo attuale stato generale di salute?

Quanti bambini vivono nella tua famiglia? E quanti anni hanno?

C'è qualche motivo specifico per cui hai scelto il nostro studio dentistico?

Chi Le ha consigliato il nostro studio dentistico?

Questionario generale per determinare i disturbi funzionali del sistema temporomandibolare (TMD, disfunzione tempomandibolare)

	Si	No
Pensi che il tuo morso non sia corretto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mascella inferiore è limitata nella mobilità?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffri di dolore all'orecchio e alla regione articolare della mascella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noti rumori di cacking o digrigna i denti durante l'apertura o la chiusura della bocca o durante la masticazione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hai tensione nel collo e/ o nei muscoli della spalla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digrigna i denti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di mal di testa o emicranie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di acufene o squilla nelle orecchie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha problemi di equilibrio o vertigini?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha denti sensibili alla temperatura e/ o colletti esposti dei denti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preoccupazioni di problemi di salute

Con la presente non sono d'accordo sul fatto che io abbia ragione riguardo a quanto sopra per quanto riguarda il mio stato di salute, o che li abbia fatti al meglio delle mie conoscenze e convinzioni.

Data

Firma del paziente/ assicurato

Comunicazione via e-mail

Meno carta per l'ambiente. Pertanto, siamo lieti di comunicare con Lei via e-mail. Chiediamo il Suo esplicito consenso per questo, in quanto non possiamo garantire che le comunicazioni via e-mail non possano essere visualizzate da terze parti non autorizzate, anche nel rispetto dei più elevati standard di sicurezza.

Con la presente accetto espressamente la comunicazione tra me e la Dentalpraxis im Johanniscontor – Dr. Hamide Farshi - Questo consenso include anche la corrispondenza contenente dati sanitari personali. So che questa corrispondenza non può essere garantita da terzi non autorizzati.

Data

Firma del paziente/ assicurato

Dichiarazioni di consenso ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (DSGVO) per i dati personali

La protezione dei Suoi dati personali è importante per noi. Ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (DSGVO) dell'UE, siamo obbligati a informarla dello scopo per cui il nostro studio dentistico raccoglie, memorizza, elabora o inoltra i dati.

Concordo sul fatto che Dentalpraxis im Johanniscontor - Dr. Hamide Farshi - Große Johannisstr. 19 nel 20457 Amburgo, raccoglie, archivia ed elabora i miei dati personali. Il trattamento dei dati avviene sulla base di requisiti legali al fine di adempiere al contratto di trattamento tra te e il tuo dentista e agli obblighi associati. Per questo etiboriamo i Suoi dati personali, in particolare i tuoi dati sanitari. Ciò include anamnesi, diagnosi, proposte terapeutiche e risultati che noi o altri medici raccogliamo. Per questi scopi, altri dentisti, medici o psicoterapeuti, fisioterapisti, logopedisti, ecc., con i quali sta ricevendo un trattamento, possono fornirci dati (ad esempio in ordinazioni, rinvii, lettere del medico, ecc.). La raccolta dei dati sanitari è un prerequisito per il trattamento. Se non vengono fornite le informazioni necessarie, non può aver luogo un'attenta gestione.

Trasferiamo i Suoi dati personali a terzi solo se ciò è necessario e consentito dalla legge o se ha dato il Suo consenso. I destinatari dei Suoi dati personali possono essere principalmente altri dentisti, medici o psicoterapeuti, fisioterapisti, logopedisti, odontotecnici, l'Associazione dei dentisti legali di assicurazione sanitaria, agenzie di aiuto, assicurazioni sanitarie private, assicurazioni sanitarie legali, esperti, il servizio medico dell'assicurazione sanitaria, l'associazione dentale e le stanze di compensazione mediche private (dentali) nonché essere un consulente fiscale e l'amministrazione finanziaria. La trasmissione avviene principalmente per coordinare le questioni dentali e interdisciplinari relative alla Sua salute generale o dentale, per fatturare i servizi forniti, per chiarire le domande che derivano dal Suo rapporto assicurativo. Sono consapevole di poter revocare questo consenso in qualsiasi momento senza fornire motivazioni per il futuro contattando il Dentalpraxis im Johanniscontor - Dr. Hamide Farshi - Große Johannisstr. 19 nel 20457 Amburgo per posta o via e-mail mail@hamidefarshi.de per informarmi della mia revoca del trattamento dei miei dati personali. Il Dentalpraxis im Johanniscontor - Dr. Hamide Farshi - sottolinea che ha diritto a informazioni, correzione, cancellazione, restrizione del trattamento, portabilità dei dati (Art. 15-21 DSGVO), nonché a presentare denuncia a un'autorità di controllo (Art. 77 DSGVO).

Data

Firma del paziente/ assicurato

Appuntamenti e cancellazioni

Se non E' in grado di prendere un appuntamento concordato, Le chiediamo gentilmente di informarci tempestivamente (con almeno 24 ore di anticipo). Questo ci darebbe quindi l'opportunità di riprogrammare e potenzialmente evitare tempi di inattività.

Per gli appuntamenti fissi che non si effettuano senza avvisarci, addebiteremo una tassa di cancellazione dell'importo di 75,00 EUR. Questa regola si applica anche alle date concordate per la pulizia dentale professionale. (Tuttavia, questo non si applica SOLO IN CASI STRAORDINARI dove non sarà colpa del paziente.)

Data

Firma del paziente/ assicurato