

форма регистрации

Пожалуйста, заполните его перед лечением и верните его на стойку регистрации, большое спасибо !

пациент

Родился

Фамилия, имя

В случае несовершеннолетних, законный представитель или застрахованное лицо

адрес

Телефон:

Адрес электронной почты:

Название медицинской страховой компании или страховой компании

Вы здоровы до сих пор или у вас есть проблемы с

аллергия да нет

Если да, то на что у вас аллергия? _____

астма да нет (< asthma) (Blutgerinnselstör. >) нарушение свертываемости крови да нет

высокое кровяное давление да нет (<HB) (NB >) Низкое кровяное давление да нет

сердце да нет (<herz) (Schrittmacher >) Вы носите кардиостимулятор? да нет

печень да нет (<leber) (schlaganf. >) Был ли у Вас инсульт? да нет

почки да нет (<Nieren) (Diabetes >) диабет да нет

Вы курительщик? Если да, то сколько десятков /День? (Rauchen)

Дополнительная информация: _____

семейный доктор: _____

Вы принимаете лекарства на регулярной основе а? Пожалуйста, запишите лекарство или, если оно у вас есть, дайте нам свой список лекарств для копирования. (medikamente)

Когда вы в последний раз проходили рентгенологическое обследование? (RÖ) _____

Пожалуйста, сообщите нам о любых изменениях в вашем здоровье или адресе.

Уважаемый пациент!

Вы приходите на практику, которая управляется по системе заказов. Таким образом, мы можем избежать длительного ожидания, потому что мы записываемся на фиксированную встречу с нашими пациентами. Мы хотели бы попросить вас прийти на согласованную встречу.

Если вы не можете присутствовать, мы просим вас отменить заблаговременно, заблаговременно означает: за 2 рабочих дня.

Вы хотите получить напоминание о следующем осмотре или следующем профилактическом приеме ? Да

Своей подписью я подтверждаю правильность и полноту предоставленной мной информации и даю согласие на обработку касающихся меня персональных данных. Мне сообщили, что политика конфиденциальности размещена в зале ожидания.

Дата и подпись _____

Спасибо за ваше сотрудничество!