

<u>РЕЄСТРАЦІЯ</u> Anmeldung

Будь ласка, якщо можете, пишіть латинськими літерами! Bitte wenn möglich in lateinischer Schrift ausfüllen!

Ім'я пацієнта: Name des Patienten						
нар.: geb.	Micце народж Geburtsort	ення:				
Ім'я страхувальника отримувача				·····,	нар.: geb.	
Name des Versicherten bzw. des	s Rechnungsempfängers	3				
Поштовий індекс/мі	сце проживанн	я:		Вулиця: Straße		
ЯКЩО ВІ́ДРІ́ЗНЯЄТЬСЯ, wenn abweichend, Rechnungsa		y:				
Телефон:		робочий: beruflich		мобільний: mobil		
Електронна пошта: .						
Медичне страхувані Krankenkasse / zuständige Behö Стоматолог: Behandelnder Zahnarzt	örde	•				
Xто нас порекоменд Wer hat uns empfohlen?	цував?					
Відповідно до Пост питання є обов'язк Nach der Röntgenverordnung be	овою:	•		ого випромін	ювання відпо	відь на такі
знімки зубів	чи щелепи?	останніх 12 міся। Wonate Zahn- bzw. kieferau		worden?		Так О Ні О
Якщо так, то Wenn ja, bei welcher	у якого стомат n Zahnarzt	олога?				
Які ще рентге Welche Röntgenaufn	енівські знімки nahmen wurden innerhal	Вам робили про b des letzten halben Jahres	ТЯГОМ ОСТАН s außerdem angefer	HIX Шести Mic tigt?	яців?	

Отримав ортодонтичне лікування Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt	t					
3 ДО von bis	y bei					
Чи проводилося ортодонтичне лікування Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei	братів	3 i Geschwis		ep O _{Vater}	батька О _{Mutter}	матері О ? stattgefunden?
Чи є у Вас алергії? Sind Allergien bekannt?	Так С _{Ja})	Hi Nein	0	ЯКЩО ТАК, ЯКІ? wenn ja, welche?	
Чи є у Вас інфекційні захворювання? Bestehen Infektionskrankheiten?	Так _{Ja}	0	Hi Nein	0	якщо так, які? wenn ja, welche?	·
Чи є у Вас чи у членів Вашої родини в ана Sind bei Ihnen oder in der Familie rheumatische Erkrankungen bekan		ревматі	ичні з	ахворю	вання?	Так О Hi O _{Ja Nein}
Цим я даю згоду на зберігання моїх персональних да рахунків, а також обміну інформацією з іншими стом висновків у цій клініці. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Zahnarztpraxen über Patientendaten und zahnärztliche Befunde durch die Praxis zu.	атологі	чними лік	арями	стосовно	о даних пацієнтів та	стоматологічних
Мене повідомили, що я можу в будь-який момент від моменту її відкликання. (ст. 7 абз. 3 речення 2 Загаль Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mein jederzeit möglicher Widerruf die Rechtmä						
У разі виникнення будь-яких змін під час и Bei Änderungen im Laufe der Behandlung informieren Sie uns bitte s		ння, буд	7P VQ(ска, нег	айно повідомте	нас.
, дата: den						
Підпис пацієнта або з Unterschrift des Patienten bzw. de						
Цим я даю згоду на передачу електронних моменту її відкликання на мою вимогу. Ich stimme hiermit, bis auf jederzeitigen Widerruf, der Übermittlung v		•				
, дата: den						
Підпис пацієнта або з Unterschrift des Patienten bzw. de						