

استماره العلاج

الدكتور تيلو بارتلس - طبيب جراحه الفم والاسنان

47 شارع تياتينا - الرمز البريدي 80333 ميونيخ هاتف +4989299991

مرحبا بكم فى عيادتنا !

حضرات الساده والسيدات ، المرضى الاجلاء ، يرجى منكم وبكل هدوء ملاً الاسنله الوارده فى الصفحتين الآتيتين .

وتجدر الاشاره هنا الى انه ، كلما كانت الاجابه صادقه فيما يختص بحالتكم الصحيه ، كلما كانت الفرصه جيده بعلاجكم . كما نرجوكم افادتنا ، اذا حصل اى تغير فى البيانات التى ادليتم بها ، وذلك منذ وجودكم للعلاج بعيادتنا ، كما نفيديكم ان كل بياناتكم تخضع لواجب الكتمان الطبى .

ونشكر لكم حسن تعاونكم ،
الدكتور بارتلس

اسم المريض:	
الاسم:	
الاسم الاول:	
تاريخ الميلاد:	
العنوان:	
شارع:	
السكن الدائم:	
العنوان الاليكترونى:	
عنوان العمل:	
صاحب العمل:	
العنوان:	
هاتف (خاص):	
هاتف (عمل):	
الوظيفه:	
التأمين الصحى:	
*عضويه تأمين اجباريه:	
*تأمين اضافى خاص:	
*تأمين خاص:	
*تأمين طوعى:	
*مساعدته:	
*غير مشترك فى تأمين:	
من الذى اوصى بنا ، او حولك الينا:	
اسم وعنوان وهاتف طبيبك المنزلى:	
هل انت الآن تحت الاشراف العلاجى من قبل اى طبيب اخر ، ولاى سبب ؟	
ما هى الادويه التى تتناولها بانتظام ؟	

استماره العلاج

لا	نعم	هل لديك حساسيه من دواء او ماده معينه ؟
لا	نعم	هل تملك جواز خاص بالحساسيه ؟
لا	نعم	هل تعاني من مرض الازمه ؟
لا	نعم	هل ينزف دمك كثيرا عند اصابتك بالجروح او عند العلاج الجراحي ؟
لا	نعم	هل تتناول ادويه ضد تجلط الدم (ماركومار-اسبرين
لا	نعم	هل تتناول بانتظام اكثر من ثلاثه زجاجات من البيره او كأسين من الخمر يوميا ؟
لا	قليلًا	هل تدخن ؟
لا	نعم	هل تتعاطى المخدرات ؟
لا	نعم	هل تعاني من مرض القلب ؟
لا	نعم	هل عندك جهاز تنظيم ضربات القلب او صمامات ؟
لا	نعم	هل تعاني من ارتفاع فى ضغط الدم ؟
لا	نعم	هل كان هنالك شك حول اصابتك بجلطه فى القلب ؟
لا	نعم	هل تتناول مواد مهدنه او مثيره ؟
لا	نعم	هل تعاني من صداع دائم ؟
لا	نعم	هل عانيت من تشنجات صرعيه ؟
لا	نعم	هل تعاني من مرض السكرى ؟
لا	نعم	هل تعاني من مرض بالغده الدرقيه ؟
لا	نعم	هل تعاني من امراض فى العيون ؟
لا	نعم	هل تعاني من مرض فى المعده او الامعاء ؟
لا	نعم	هل تعاني من امراض فى الكبد ؟
لا	نعم	هل عانيت من اراض الكلى ؟
لا	نعم	هل اصبت بمرض السل او ايه امراض تناسليه ؟
لا	نعم	هل انت عرضة لتكون حاملا ايجابيا لفيروس الايدز ؟
لا	نعم	هل اجريت عمليات على جيوبك الانفييه ؟
لا	نعم	هل عندك مشاكلات فى جهازك الحركي ؟
لا	نعم	هل اصبت او اجريت لك عمليه فى الرأس ؟
لا	نعم	هل تم علاجك من اورام سرطانيه ؟
لا	نعم	ايه امراض اخرى ؟
ما هي ؟		
لا	نعم	هل اجريت لك كشفيات بلاشعه فى خلال الاثنى عشر شهرا الماضيه ؟
وإذا كانت الاجابه نعم ، فلاى جزء من جسمك ؟		
لا	نعم	هل انت حامل ، او هل هنالك شك فى ان تكونى حامله ؟
اي بيانات اخرى لها علاقه بالعلاج ؟		

انتبه !

يمنع عليك قياده السياره ، فى حاله حقنك باى نوع من انواع الحقن ، وذلك لمدته اقلها ثلاث ساعات .

ميونيخ

بتاريخ :

التوقيع :