

**Sayın değerli hastalarımız!**

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben:

**Sizin hastadeferi için sizden su sorulari cevaplandırmanızı rica ediyoruz :**Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
**Soyisim** **İsim** **dogum tarihi****Adres** Anschrift  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
**cadde :** **yer :** **şehir :** **telefon :**Beruf (eigener; bzw des Ehemannes/Vaters) : \_\_\_\_\_  
**Meslek ( kendinizin; daha dogrusu Beyinizin Babanızın ) :**Arbeitgeber(eigener; bzw des Ehemannes/Vaters) : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
**isveren (kendinizin, daha dogrusu Beyinizin/Babanızın ) :**  
**telefon :**Krankenkasse: \_\_\_\_\_ sind Sie beihilfeberechtigt/zusatzversichert?:  ja **evet****Hastalikkasası :** **yardim alma hakkiniz varmi-ayriyitten bir sigortanız daha varmi ?**

Für eine individuelle Behandlung erbitten wir noch allgemeine Angaben:

**Ötzel bir muayerne için su sorularıda cevaplandırmanızı sizden rica ediyoruz :****Leiden / Litten Sie an:****Su hastalıklar varmi veyahut varmiydi :**Herz-Kreislaufkrankungen  ja Ohnmachtsneigung  ja Rheuma  ja  
**Kalb-dolosimhastalığı 0 evet Bayilmaya meyiliniz varmi Romatizma 0 evet**Diabetes (Zucker)  ja wurde einmal ein Aidstest gemacht  ja  
**Seker 0 evet hiç Aidstest yapildimi 0 evet****Sind Sie Bluter  ja künstl. Bluter (Ausweis)  ja**  
???Allergie/Unverträglichkeit gegen bestimmte Medikamente  ja  
**alerji / herhangi bir ilaçlara karsi alerjinitiz varmi ? 0 evet**welche: \_\_\_\_\_ Jodempfindlichkeit  ja  
**hangileri : iyoda karşı hassaslık varmi. 0 evet**Bevorzugen Sie eine Behandlung mit örtlicher Betäubung  ja  
**muayene olununacak yerleri uyuşturmamızı istiyormusunuz 0 evet**Liegt eine Schwangerschaft vor o ja **hamilemisiniz 0 evet** wievielte Woche: **kaçinci hafta:** \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt/Allgemeinarzt: \_\_\_\_\_

**Evdoktorunuz kim :**Wurden Sie empfohlen  ja von wem: \_\_\_\_\_  
**muayenehanemize gelmenizde tavsiyede bulunan oldumu 0 evet kimin tarafından :**Ich bin einverstanden, daß ich unverbindl alle 6 Mon. aufgefordert werde, einen Kontrolltermin zu vereinbaren o nein.0 hayir  
**Beni size bağlamamak şartı ile, her 6 ayda bir kontroltermini için aramanızı, kabul ediyorum.**

KVK spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn unaufgefordert beigebracht, sonst erfolgt private Rechnungstellung.

**Kassahastaları için önemli : Her muayene başlangıcında hastalığa karşı Sigortaispatinizi yanınızda getirmelisiniz !****Eger muayene başlangıcından en geç 10 gün sonrasına kadar****ispatinizi getirmesseniz ötzel bir hesap yazilir.** Bei Eingliederung von Zahnersatz ist eine Anzahlung von mindestes 1/3 der veranschlagten Gesamtkosten notwendig, oder eine andere diesbezügliche Zahlungsvereinbarung zu treffen.**yedek diş takilirse eger, tahmin edilen hesabın üçte birini peşin ödemelisiniz, veyahut diyer bir anlaşma yapılır.**

spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird.

**Siz randevu sistemiyle çalışan bir dişdoktoruna muayene olmaya geliyorsunuz. Bu sizin için az bekleme saati ve size ayirilan zaman içerisinde sadece sizinle ilgilenmek demektir. Fakat bu şuda demektir ki, eger termininize gelemisseniz, en geç 24 saat önce bize bildirmeniz gerekiyor, aksi taktirde sizin için ayirilan boş zamana hesap yazilir.**Datum Tarik: \_\_\_\_\_ Unterschrift imzaniz: \_\_\_\_\_  
bitte unterrichten Sie uns, wenn sich die oben gemachten Angaben ändern sollten!**\*verdiginiz bilgilerde bir değişiklik olursa, lütfen bize bildirin !**