

Patienten-Anamnesebogen
Hasta anket formu (TR)

Patientenkontaktdaten	Hastanın	
Familiyename:	Soyadi	
Vorname:	Adi	
Straße/Hausnummer:	Adresi	
PLZ/Wohnort:	Postakodu	
Geburtsdatum:	Doğum tarihi	
Versichertenstatus:	Sigorta durumu:	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	Takip eden yedi adet bilgi isteğe bağlıdır!	
Telefonnummer (privat):	Telefon (özel)	
Telefonnummer (mobil):	Telefon numarası (mobil)	
E-Mail:	E-Posta	
Beruf:	Meslek	
Hausarzt/Name:	Ev doktoru: Adı	
Hausarzt/Telefonnummer:	Ev doktoru: Telefon	
Hausarzt/Anschrift:	Ev doktoru: Adresi	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları olabildiğince tam olarak yanıtlayınız! Bilgiler, tıbbi gizliliği ve veri koruma yasası talimatnamelerine tabi olup kesinlikle gizli tutulacaktır.

Herz-/Kreislaufkrankungen	Kalp/kan dolaşımı hastalıkları:		
Hoher Blutdruck:	Yüksek tansiyon	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Niedriger Blutdruck:	Düşük tansiyon	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Herzklappenfehler:	Kalp kapağı kusurları	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Herzklappenersatz:	Yapay kalp kapağı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Herzschrittmacher:	Kalp pili	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Endokarditis:	Endokard iltihabı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Herzoperation:	Kalp ameliyatı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Immunsupprimierte Patienten	Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar		
Hochgradige Neutropenie:	Yüksek dereceli nötropeni	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Mukoviszidose-Erkrankung:	Mukoviszidoz rahatsızlığı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Organtransplantiert:	Organ nakledilmiştir	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Stammzellentransplantiert:	Kök hücre nakledilmiştir	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Infektiöse Erkrankungen	Bulaşıcı hastalıklar		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	HIV enfeksiyonu/AIDS evresi	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Lebererkrankung/Hepatitis:	Karaciğer rahatsızlığı/hepatit	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Tuberkulose:	Tüberküloz (verem)	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
MRSA:	MRSA	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK):	Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJD)/ Yeni varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığı (nvCJD)	☐ ja/evet	☐ nein/hayır

Sonstige Krankheitsbilder	Diğer rahatsızlıklar		
Anfallsleiden (Epilepsie):	Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi)	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Asthma/Lungenerkrankung:	Astım/Akciğer rahatsızlıkları	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Blutgerinnungsstörungen:	Kan pıhtılaşması bozuklukları	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Diabetes/Zuckerkrankheit:	Diyabet/Şeker hastalığı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Drogenabhängigkeit:	Uyuşturucu bağımlılığı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Nervenerkrankung:	Sinir hastalığı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Nierenerkrankungen:	Böbrek rahatsızlıkları	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Ohnmachtsanfälle:	Bayılma (senkop) atakları	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Osteoporose Erkrankung:	Osteoporoz rahatsızlığı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Raucher:	Sigara içen	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Rheuma/Arthritis:	Romatizma/artirit (eklem یتihabı)	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Schilddrüsenerkrankung:	Troit bezi (guatr) rahatsızlığı	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Sonstige Erkrankungen:	Diğer rahatsızlıklar:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Alerjiler veya enkompatibiliteler		
Lokalanästhesie/Spritzen:	Lokal anestezi/enjeksiyonlar	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Antibiotika:	Antibiyotikler	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Schmerzmittel:	Ağrı kesici ilaçlar	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Metalle/welche:	Metaller		
Schwangerschaft	Gebelik		
Besteht eine Schwangerschaft?	Gebelik durumu mevcut mu?	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Wenn ja, in welchem Monat?	Yanıt evetse, kaçınıcı aydasınız?	Monat: Ay	
Röntgen	Röntgen filmi		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Diş hekimliği ile ilgili röntgen filmi çektiydiniz mi?	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
Wenn ja, wann?	Yanıt evetse, ne zaman?	Monat/Jahr: Ay/Yıl	
Einnahme von Medikamenten	İlaç alımı		
Welche Medikamente:	Hangi ilaçlar	seit/beri	
Weitere Medikamente:	Daha sonra alınacak ilaçlar	seit/beri	
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Bisfosfonat alıyor musunuz?	☐ ja/evet:	☐ nein/hayır
		seit/beri	
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Size, tıbbi yönden kemoterapi uygulanıyor mu?	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
		seit/beri	
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Size, kanser hastalığından dolayı ışın tedavisi uygulanıyor mu?	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
		seit/beri	
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Yüksek dozda steroidler / immünsupresifler alıyor musunuz?	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
		seit/beri	
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Hastanede büyük çaplı ameliyat geçirdiniz mi?	☐ ja/evet	☐ nein/hayır
		Datum/Tarih:	

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Diş doktorumun, diş teknisyenlerine ön ödeme yapmak zorunda kalacağı kapsamlı diş doktoru veya diş tekniği ile ilgili hizmetlerde gerektiğinde kredi koruma şirketinden veya kişiler hakkında bilgi veren istihbarat bürosundan kredibilite sorgulaması yapmasını kabul ederim.

☐ ja/evet

☐ nein/hayır

Datenschutz/Verarbeitung personenbezogener Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten hängt im Warte-zimmer zur Einsichtnahme aus.**

Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information/die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzl. Vertreter

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Bilgilerimin elektronik ortamda hafızalanmasını, işleme tabi tutulmasını ve geri çağırma sistemine alınmasına ilişkin verilerimin kullanılmasını kabul ediyorum.

☐ ja/evet

☐ nein/hayır

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich _____ bin von Dr. Ümit Ünal darüber aufgeklärt worden, dass ich die Behandlung als Privatbehandlung zu zahlen habe, wenn ich nicht innerhalb von 10 Tagen meine gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. einen anderen gültigen Anspruchsnachweis nachreiche. Die Rechnung wird dann auf der Basis der GOÄ/GOZ erstellt.

Ein Nachreichen der gültigen elektronischen Gesundheitskarte bzw. eines andere gültigen Anspruchsnachweises ist bis zum Ende des Quartals, in dem die Behandlung erfolgt ist möglich. (in diesem Fall erfolgt die Rückerstattung auf der Basis einer Privatrechnung gezahlten Kosten).

Tüm tedavi süresi boyunca bütün değişiklikleri derhal bildireceğimi taahhüt ederim.

Buna ek olarak kararlaştırılan tedavi randevularına uyacağımı ve iptal etme durumunda en azından kararlaştırılan randevudan 24 saat öncesinde haber vereceğimi taahhüt ederim. Gelmediğim veya zamanında iptal etmediğim randevuların faturalandırılacağı tarafımdan bilinmektedir.

Ben _____ Dr. Ümit Ünal tarafından su mevzuda bilgilendirdim ve bu kuralı kabul ediyorum:

Elektronik sigorta kartımı veya geçerli baska bir sigorta belgesini tedaviden sonra 10 gün içinde muayanehaneye iletmediğim takdirde bütün tedavilerin masrafini özel olarak ödeyeceğim. Yazılan fatura GOÄ/GOZ olarak yazılacaktır. Sigorta kartımı veya geçerli baska bir sigorta bilgisini tedavi olduğum ceyrek ayın içinde iletirsem ödemiş olduğum parayı geri alacağım.

..... , den Unterschrift:

Yer: Tarih: Imza:

Not a full-time Midway employee? We have positions open for part-time employees. We're looking for people who are interested in working for a company that's growing and making a difference in the world.

Bitte Name und Geburtsdatum angeben:	
Name: _____	
Geburtsdatum: _____	
Matrikelnummer: _____	
Für Rückfragen bitte angeben:	
Matrikelnummer: _____	Matrikelnummer: _____
Name: _____	
Gesetzliche Vertretung bei Minderjährigen / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen	
Name, Vorname und Geburtsdatum: _____	
Geburtsdatum: _____	
Datum: _____	
Unterschrift: _____	

Not a full-time Midway employee? We have positions open for part-time employees. We're looking for people who are interested in working for a company that's growing and making a difference in the world.

- Wahrnehmung der zum Zweck der Abklärung und Gesundheitsförderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Wohnort, Behandlungsplan und -verläufe) an die MEC Medical CareCapital GmbH (z. B. lokale MEC).
- **Ärzte** können sich bei Bedarf auch an andere Stellen in der MEC.
- **Ärzte** sind befähigt, auf Basis der vorhandenen Informationen der MEC an die örtliche Gesundheits- und Sozial-Service-Station (SSS) zu berichten. Die SSS ist eine Einrichtung der MEC, die die Patienten in der Regel bei der ersten Aufnahme in die Klinik aufnehmen und die Patienten in der Regel bei der ersten Aufnahme in die Klinik aufnehmen.

[illegible][illegible]

kleinhold die behandelnden Ärzte von deren ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung, die Einholung der Bestätigung und die Bearbeitung der Rechnung erforderlich ist.

Streckungswinkel der Leinwand: nur bei 200 cm Breite

098 / J. J. Moore

X Unstable. It is the genuine partner of the Δ^0 resonance.

INFORMATION GEMÄSS ART. 14 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DS-GVO)

For information: info@edward.cnre.nl, Tel. +31-15-2781 (for the Netherlands) / 00-11-2781 (for the rest of the world)

Identität und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

WCT Medical Group, Inc., Carroll, Maine; phone: 477-2222; fax: 477-2222.

Kontrollfunktionen des Datenschutzbeauftragten:

Für Fragen zur deutschsprachigen Ausgabe steht Ihnen die MDC (unter der Bezeichnung MDC Medical) kostenfrei GmbH, Deutschschützen, Ammerländerstr. 47, 47799 Unken im Westfalen, darüber hinaus können Sie sich an unseren Online-Chat: Deutschsprachiger Herr Joachim Sauer, Kruener Deutscher GmbH, Hakenweg 34, 42555 Soltau (Telefon unter: Deutschsprachige-anbieter und Joachim Sauer).

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage:

Die Datenverarbeitung erfolgt zur Zweck der Vertragsabwicklung. Weiterhin aus sonstiger Zweck der Datenverarbeitung ist die Forschungsmessung (die Auswertung der Daten ist gemäß Art. 5 Abs. 2 lit. F) DSGVO für die Behandlung der Rechnung aus dem Vertrag mit der in der Rechnung genannten Umsatzsteuerpflicht erforderlich. Die Forschung sowie zur Umsatzsteuerbefreiung der MCC-Gesellschaft GmbH. Hahnemarkstr. 47, 40799 Weiden a.d. Rode ist diese nun gegenüber Ihnen gebunden. Darüber hinaus ist nach der Gesetzgebung der Datenverarbeitung, nach Art. 5 Abs. 2 lit. F) DSGVO, die von Ihnen am Ende der Rechnung.

Datenskategorien:

Wir verarbeiten nachfolgende Kategorien von Daten: Stammdaten, Geschäftsdaten, Vertragsdaten, Finanzdaten und damit in Verbindung stehende Gesundheitsdaten und ggf. Zahlungsinformationen.

Datenherkunft:

Die Daten aus den generierten Datenkategorien wurden mit den in der Befragung generierten Abstammungskategorien (Ausgangskategorien/Erz/Enkel) überlappend.

frederick@er.

[illegible]

Deutscher Soldatenrat

Nach Abkling der akuten klinischen Behandlung einer Beugung des Infrarotwellenlängers prüfen wir nach Ablauf von 3 Jahren, ob wir Ihre Daten noch benötigen und ob einer Löschung gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Rechte der betroffenen Person:

Wenn einer als Verfasser der geistlichen Voraussetzungen folgende Rechte nach Art. 15-25 EG-Dat. ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Datenübertragbarkeit, kann er unter Umständen gem. Art. 7 Abs. 2 EG-Dat. ein Recht auf die Einstellung zu widerrufen. Hieran wird die Rechtmäßigkeit der bis zur Wahrung erforderlichen Maßnahmen nicht berührt.

Besondere Rechte bei der Aufsichtsbehörde:

Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Aufsicht der in uns: Datenschutzbeauftragte Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.