

A.eins
Dr.med.dent K. Chughtai

Hohenstaufenstraße 9 - 40545 Düsseldorf-Oberkassel
Telefon:0211-17159750 · Telefon:01577-3345676(日本語対応) · Telefax:0211-17159751

Anmeldebogen mit Anamnese

問診表

Name

姓

Vorname

名

Geburtsdatum

生年月日

Adresse

ご住所

Tel.Privat

自宅 Tel.

Emailadresse

E メールアドレス

Beruf

職業

Arbeitgeber

勤務先

Tel.Arbeitsplatz

勤務先 Tel.

Krankenkasse

健康保険会社

Pflichtversichert?

強制保険ですか?

ja はい () nein いいえ ()

Wenn Sie nicht selbst
Krankenversicherungsmittglied sind,
wer ist Versicherter?

ご自身が健康保険契約者ではない場合、
どなたが被保険者になられていますか?

Name

姓

Vorname

名

Geburtsdatum

生年月日

Sind Sie Beihilfeberechtigter des
öffentlichen Dienstes?

公的機関の補助金受給資格者ですか?

ja はい () nein いいえ ()

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

歯の治療のための追加保険に加入されていますか?

Ja はい () nein いいえ ()

Bestehen gesundheitliche Risiken?

健康上の問題 (リスク) はありますか?

Wenn ja, welche?

もしある場合は、どのようなことですか?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?

特定の物質にアレルギーはありますか?

Haben sie Gerinnungsstörungen?

血液凝固障害はありますか?

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?

心臓、循環系の病気がありますか?

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis B oder C)?

感染症に罹患していますか? (エイズ、肝炎BあるいはC型)

Haben Sie eine Stoffwechsel-Erkrankung(Diabetes,Schilddrüse,etc)?

新陳代謝の病気がありますか? (糖尿病、甲状腺の病気など)

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?

胃、腸、腎臓などの病気がありますか?

Haben Sie Asthma?

ja nein

はい () いいえ ()

はい () いいえ ()

はい () いいえ ()

はい () いいえ ()

はい () いいえ ()

はい () いいえ ()

喘息に罹患していますか？ はい () いいえ ()
Haben Sie grünen Star?
緑内障にかかっていますか？ はい () いいえ ()
Sind Sie schwanger? wenn ja in welcher Woche Woche?
妊娠していますか？；している場合何週間めですか？ _____週
Schnarchen Sie? はい () いいえ ()
いびきをかきますか？ はい () いいえ ()
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche?
定期的に服薬されていますか？；されている場合、何のお薬ですか？

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

診療に来られた理由は何ですか？

Kontrolle 歯が痛い () 相談 () その他 ()
検診 () Beratung Sonstiges
Zahnschmerzen

Wer hat uns empfohlen ?

どなたのご推薦で当院に来られましたか？

Wir möchten Sie hiermit drauf hinweisen, dass bei fehlender/ kurzfristiger Absage (innerhalb von 48 Stunden vor dem Termin) ein Ausfallhonorar von 200,- Euro pro Stunde in Rechnung gestellt werden kann.

無断または急なキャンセル（ご予約の 48 時間以内）につきましては、キャンセル料として 1 時間につき 200 ユーロの請求をさせていただく場合がございます。

[] Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungs- termine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem / Newsletter teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

() 私は予約された定期検診、または医学的に必要な治療の期日を再確認するため、リマインダーシステム / ニュースレターへの登録を希望します。これらが不要になった場合はいつでも私の了解のもとに取り消すことができます。

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

質問にはご自身の利益になるようお答えください。
個人情報を守秘いたします。

患者様へ

お支払いの際、患者様の健康保険からの振替小切手による直接決済は、ご遠慮いただきたくお願い申し上げます。この旨、保険会社様（とりわけインタープライベート保険）へご連絡下さい。

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

上記記載事項は誠心誠意記述しましたことを証明致します。

Düsseldorf ,

日付（日、月、年の順で）

サイン