

Adsp. Dentist Ziya Sarıyıldız

Dent Medica Bodrum

Hasta Bilgileri

Hasta Adı _____ Tarih _____

Son ilk MI
☐ Erkek ☐ Kadın ☐ Evli ☐ Tek ☐ Çocuk ☐ Diğer _____

Sosyal Güvenlik #: _____ Doğum Tarihi: _____

Telefon (Ev): _____ (İş): _____ Ext: _____ Aramak için en uygun zaman: _____

E-posta Adresi: _____

Tercih edilen randevu saatleri: ☐ Sabah ☐ Öğlen ☐ Akşam ☐ Her zaman ☐ P ☐ S ☐ Ç ☐ P ☐ C ☐ C

Adres: _____

Sokak _____ Apartman # _____

Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____

Sağlık Bilgileri

Son Diş Hekimi Ziyaret Tarihi: _____ Bu ziyaretin nedeni: _____

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç yaşadınız mı? Uygun olanları işaretleyin.:

☐ AIDS	☐ Aşırı Kanama	☐ Karaciğer Hastalığı	☐ Felç
☐ Alerjiler _____	☐ Bayılma	☐ Ruhsal Bozukluklar	☐ Tüberküloz
☐ Anemi	☐ Glukom	☐ Sinir Bozuklukları	☐ Tümörler
☐ Artrit	☐ Büyümeler	☐ Kalp pili	☐ Ülserler
☐ Yapay Eklemler	☐ Saman Nezlesi	☐ Hamilelik	☐ Zührevi Hastalık
☐ Astım	☐ Kafa Yaralanmaları	Son ödeme tarihi: _____	☐ Kodein Alerjisi
☐ Kan Hastalığı	☐ Kalp Hastalığı	☐ Radyasyon Tedavisi	☐ Penisilin Alerjisi
☐ Kanser	☐ Kalp Üfürümü	☐ Solunum Sorunları	DİĞER:
☐ Diyabet	☐ Hepatit	☐ Romatizmal Ateş	☐ _____
☐ Baş dönmesi	☐ Yüksek Tansiyon	☐ Romatizma	☐ _____
☐ Epilepsi	☐ Sarılık	☐ Sinüs Sorunları	☐ _____
	☐ Böbrek Hastalığı	☐ Mide Sorunları	

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, lütfen açıklayın: _____

Diş tedavisi sonrasında hiç komplikasyon yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, lütfen açıklayın: _____

Son iki yıl içinde hastaneye yatırıldınız mı veya acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyduk mu? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, lütfen açıklayın: _____

Şu anda bir doktorun tedavisi altında mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, lütfen açıklayın: _____

Doktorun adı: _____ Telefon: _____

Açıklığa kavuşturulması gereken herhangi bir sağlık sorunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, lütfen açıklayın: _____

Bildiğim kadarıyla, yukarıda verilen tüm cevaplar ve bilgiler doğru ve gerçektir. Eğer bir gün sağlığımda herhangi bir değişiklik olursa, bir sonraki randevuda mutlaka doktorlara bildireceğim.

Tarih: _____

Hasta, ebeveyn veya vasisinin imzası

Yönlendirme Bilgileri

Sizi kliniğimize yönlendiren kişi kim, nasıl teşekkür etmeliyiz? ☐ Başka bir hasta, arkadaş ☐ Başka bir hasta, akraba

☐ Diş Hekimi ☐ Sarı Sayfalar ☐ Gazete ☐ Okul ☐ İş ☐ Diğer _____

Sizi muayenehanemize yönlendiren kişi veya kurumun adı: _____

Eş veya Sorumlu Taraf Bilgileri

Aşağıdakiler şunlar için: ☐ hastanın eşi

☐ ödeme sorumlusu

İsim: _____
☐ Erkek ☐ Kadın ☐ Evli ☐ Tek ☐ Çocuk ☐ Diğer _____

Sosyal Güvenlik # _____ Doğum Tarihi: _____

Telefon (Ev): _____ (İş): _____ Ext: _____ Aramak için en uygun zaman: _____

Adres: _____
Sokak _____ Apartman # _____

Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu: _____

İstihdam Bilgileri

Aşağıdakiler şunlar için: ☐ hasta

☐ ödeme sorumlusu

İşveren Adı: _____ Meslek: _____

Adres: _____
Sokak _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____

Sigorta Bilgileri

Birincil
Sigortalının adı: _____ Hasta sigortalı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Son İlk MI
Sigortalının Doğum Tarihi: _____ ID #: _____ Grup #: _____

Sigortalının Adresi: _____
Sokak _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____

Sigortalının İşveren Adı: _____

Adres: _____
Sokak _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____

Hastanın sigortalı ile ilişkisi: ☐ Tek ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer _____

Sigorta planı adı ve adresi: _____

İkincil
Sigortalının adı: _____ Hasta sigortalı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Son İlk MI
Sigortalının Doğum Tarihi: _____ ID #: _____ Grup #: _____

Sigortalının Adresi: _____
Sokak _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____

Sigortalının İşveren Adı: _____

Adres: _____
Sokak _____ Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____

Hastanın sigortalı ile ilişkisi: ☐ Tek ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer _____

Sigorta planı adı ve adresi: _____

Hizmetler için Onay

Bu muayenehanede tedavi görmenin bir koşulu olarak, önceden finansal düzenlemeler yapılmalıdır. Muayenehane, hastaların tedavileri sırasında ortaya çıkan masrafların hastalar tarafından karşılanmasına bağlıdır ve her hastanın finansal sorumluluğu tedavi öncesinde belirlenmelidir.

Tüm acil dişhekimliği hizmetleri veya önceden finansal düzenleme yapılmadan gerçekleştirilen tüm dişhekimliği hizmetleri, hizmetin verildiği anda nakit olarak ödenmelidir.

Diş sigortası olan hastalar, sunulan tüm diş hizmetlerinin doğrudan hastaya fatura edildiğini ve tüm diş hizmetlerinin ödemesinden kişisel olarak sorumlu olduğunu kabul ederler.

Bu muayenehane, hastaların sigorta formlarının hazırlanmasına yardımcı olacak veya sigorta şirketlerinden tahsilat yapılmasına yardımcı olacak ve bu tür tahsilatları hastanın hesabına yatıracaktır. Ancak, bu diş muayenehanesi, ücretlerimizin bir sigorta şirketi tarafından ödeneceği varsayımıyla hizmet veremez.

Önceden yazılı olarak yapılan finansal düzenlemeler yerine getirilmedikçe, 60 günü geçen tüm hesaplara ödenmemiş bakiye üzerinden aylık %1,5 (yıllık %18) hizmet ücreti uygulanacaktır.

Bu diş tedavisi için belirtilen ücret tahmini, hasta muayenesinin yapıldığı tarihten itibaren sadece altı ay süreyle uzatılabileceğini anlıyorum.

Doktor tarafından bana sunulan veya benim talebim üzerine sunulan profesyonel hizmetler karşılığında, söz konusu hizmetlerin sunulduğu anda veya kredi verilmesi durumunda fatura tarihinden itibaren beş (5) gün içinde söz konusu hizmetlerin makul değerini söz konusu Doktora veya onun vekiline ödemeyi kabul ediyorum. Ayrıca, söz konusu hizmetlerin makul bedelinin, ödeme süresi içinde tarafımdan yazılı olarak itiraz edilmedikçe, fatura edildiği şekilde olacağını kabul ediyorum. Ayrıca, buradaki herhangi bir süre veya koşulun ihlalinin feragat etmenin, diğer şart veya koşullardan feragat anlamına gelmeyeceğini kabul ediyorum ve buradaki şartlara göre dava açılması durumunda tüm masrafları ve makul avukatlık ücretlerini ödemeyi kabul ediyorum.

Bu formla ilgili konuları görüşmek üzere size veya vekilimize evimden veya iş yerimden telefonla ulaşma izni veriyorum.

Yukarıdaki tedavi ve ödeme koşullarını okudum ve içeriğini kabul ediyorum.

_____ Tarih: _____

Hasta, ebeveyn veya vasisinin imzası

Hasta ile ilişki: _____

_____ Tarih: _____

Ödeme garantörünün/sorumlu tarafın imzası

Hasta ile ilişki: _____