

استمارة معلومات

اسم المريض: _____

ختم الطبيب

اسم الطبيب

وضع المؤمن: قانوني خاص دعم/ مساعدة

عزيزي المريض / اعزائي الأهل المحترمين:

وفقاً لقانون حقوق المرضى سوف يتم توضيح مراحل العلاج للمرضى وهذه الاستمارة هي لآخذ معلومات عن المريض لذلك يرجى قرائتها والإجابة عن الاسئلة ومن ثم التوقيع في اسفل الصفحة.

معلومات من قبل الطبيب:

هل الطبيب ابلاغكم عن التشخيص والعلاج اللازم

نعم لا

التاريخ الطبي للمريض:

هل لديك / لدى اطفالك أو أي شخص من العائلة اي مرض سابق من قبل؟ (مثلاً: مرض ترقق العظام / نوبه قلبية / ورم خبيث / ارتفاع ضغط الدم / حساسية... الخ)

التبديل العلاجي للمريض:

يتم توفير العلاج التالي: -----

المضاعفات المحتملة:

عادة العلاج الطبيعي ليس له أي مضاعفات على المريض ولكن في حالة وجود أي مضاعفات يجب إعلام الطبيب عن ذلك.

ملاحظة: من أجل بداية وانقطاع العلاج

العلاج يجب أن يبدأ في موعد لا يتجاوز 14 يوم من تاريخ صدور الوصفة الطبية للمريض. وفي حال تم البدء في العلاج يمكن إيقاف العلاج بشكل مؤقت لفترة اقصاها 14 يوم فقط.

رسوم إلغاء العلاج:

يجب أن يتم الإعلان عن إلغاء العلاج في موعد اقصاه 24 ساعة مقدماً (أي قبل البدء بالعلاج ب 24 ساعة) وإلا سوف يتم تحميلكم بالرسوم والخسائر التي تحدث نتيجة لذلك.

المشاركة في الدفع / تغطية التكلفة:

المرضى الذين لديهم تأمين قانوني والذين اعمارهم تتجاوز 18 سنة يجب عليهم دفع € 10 من قيمة الوصفة الطبية بالإضافة إلى دفع 10% من قيمة الوصفة الإجمالية وفي حال كان المريض تحت عمر 18 سنة وقم تم بلوغ عمر 18 سنة التناى العلاج عندها يتم تحميل المريض 10% حصة من القيمة المتبقية للعلاج.

ينصح للمرضى الذين لديهم تأمين خاص بتوضيح نوع التأمين الحاصلين عليه وتوضيح مستوى التغطية التأمين لديهم قبل البدء بالعلاج وذلك لأن كل شركة تأمين لديها مستوى مختلف من التغطية التأمينية لتلقي العلاج.

الموافقة:

لقد قمت بقراءة وفهم مضمون هذه الاستمارة من معلومات, بالإضافة إلى ذلك لقد قام الطبيب المختص بشرح معلومات إضافية من تدابير وقائية للعلاج وقد تم الإجابة على جميع الاسئلة لدي.

وقد تم إعلامي ايضاً انه يتوجب علي المشاركة بدفع جزء من العلاج عندما يكون التأمين لدي هو تأمين مدفوع من قبل الحكومة.

أوافق على جميع معلومات المعالجة المذكورة أعلاه

المكان / التاريخ

اسم المريض/ المفوض عن المريض

لقد تم تسليم هذه الاستمارة إلى المريض في-----

اخصائي العلاج

* في حال تم توقيع أحد الوالدين (الأب أو الأم) هذا يعني بأنه يمتلك حق حضانة الطفل أو قام بالتنصرف بالاتفاق مع الوالد الآخر.