

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname Titel Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) Beruf

Hausarzt Versicherung

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Tuberkolose | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> sonstiges | | |

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja / nein **Haben Sie Künstl. Herzklappen?** ja / nein

Hatten Sie Wundheilungsstörungen? ja / nein **Leiden Sie an Zahnfleischbluten?** ja / nein

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über wichtige Termine (z.B. Vorsorge / Prophylaxe) informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Sie über neueste zahn/medizinische Erkenntnisse informieren? ja / nein

Gemäß GOZ berechnen wir den regulären 2,3-fachen Satz, es sei denn, der Aufwand verlangt einen höheren Faktor.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum Unterschrift