

Patientenanamnese

Patient	
Name, Vorname	geb.
Straße, PLZ, Ort	
Hauptversicherter bzw. Rechnungsempfänger	
Name, Vorname	geb.
Straße, PLZ, Ort	

Telefon (privat) _____ Telefon (Arbeitsstelle) _____

Telefon (Mobil) _____ Arbeitgeber (Mitglied) _____

Beruf Patient _____ Krankenkasse _____

Zusatzversicherung: stationär zahnärztlich Rezeptgebühr befreit: ja nein

Überweisender Arzt / Zahnarzt, Ort _____

Zahnarzt, Ort _____ Hausarzt, Ort _____

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

FRAGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE	ja	nein
Herzkrankheit (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie, gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden >

FRAGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE

ja

nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Blutverdünnung, Krebsmedikamente, Bisphosphonate, Infusionen, Herzmedikamente)?

Wenn ja: Welche?

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass in bestimmten Fällen zur wissenschaftlichen Dokumentation Fotografien / Videos der OP-Situationen angefertigt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (oder gesetzlicher Vertreter)*

Einwilligung gemäß neuer Datenschutzverordnung DS-GVO

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass persönliche Daten und/oder Unterlagen im Rahmen meiner Behandlung an Dritte (Ärzte/Zahnärzte, Therapeuten, Labore, Krankenkassen, Abrechnungsstellen etc.) weitergegeben werden dürfen.

Die Hinweise zur Datenverarbeitung können jederzeit eingesehen werden.

Diese Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Für den Widerruf brauchen Sie keine Gründe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (oder gesetzlicher Vertreter)*

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er/sie mit seiner/ihrer Unterschrift zugleich, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht oder er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.*