ANMELDUNG

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, die alle der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

Mund. Kiefer. Gesicht.
Bremen

ANGABEN ZUR PERSON

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

PATIENT

Herr ☐ Frau ☐

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Dürfen wir Sie an wichtige Termine erinnern? Ja ☐ Nein ☐

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Überweiser: _____

VERSICHERTER

Herr ☐ Frau ☐

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht durch Ihren Haus- oder Facharzt an uns überwiesen worden sind, mögen Sie uns verraten, wie Sie auf uns aufmerksam wurden?

☐ Google ☐ Ärztebewertungsportal ☐ Facebook
☐ Familie/Freunde ☐ _____

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

Bitte zutreffendes ankreuzen/unterstreichen.

Herz-Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall) ..... Ja ☐ Nein ☐

| Welche? _____

Allergische Erkrankungen (Asthma, Heuschnupfen) ..... Ja ☐ Nein ☐

Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV, Hepatitis) ..... Ja ☐ Nein ☐

| Welche? _____

Lebererkrankungen (Gelbsucht) ..... Ja ☐ Nein ☐

Nierenerkrankungen ..... Ja ☐ Nein ☐

Zuckerkrankheit ..... Ja ☐ Nein ☐

Blutkrankheiten, Blutungsneigung ..... Ja ☐ Nein ☐

Sind oder waren Sie über längere Zeit in ärztlicher Behandlung? ..... Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ..... Ja ☐ Nein ☐

| Welche Medikamente? _____

Haben Sie bereits Überempfindlichkeitsreaktionen auf Medikamente festgestellt? ..... Ja ☐ Nein ☐

| Auf welche Medikamente? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kiefer-Bereich? _____ Ungewiss ☐

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ..... Ja ☐ Nein ☐ Ungewiss ☐

Bitte wenden!

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung und Behandlung durch die Praxis zu.

Ich bin einverstanden mit der Übermittlung von Abrechnungsdaten an die KV Bremen, die KZV Bremen, die PV-Ärzte Bremen, die PVS in Bremen und an mitbehandelnde Ärzte und Labore (Pathologien).
Ich bin einverstanden, dass medizinische Berichte, Röntgenbilder, Befunde und Kostenvoranschläge zur Information an meine behandelnden Ärzte weitergeleitet werden und dass Dokumentationsmaterial für Fachfortbildungen genutzt wird.

Alle personenbezogenen Daten werden nach gesetzlichen Vorschriften über 10 Jahre gespeichert und dann gelöscht.

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