

Anamnese

Name, Vorname des Patienten		Geb. Datum		Versicherung	
Straße, Nr.		PLZ	Ort		
Tel. Festnetznummer		Handy		E-Mail	
Beruf		Hausarzt, Ort			
Name des Versicherten		Geb. Datum			
Straße, Nr (falls abweichend)		PLZ	Ort (falls abweichend)		

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
<u>Hämatologische Erkrankungen</u>			<u>Nierenerkrankungen</u>		
- Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Bluter, Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- chronische Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Erkrankung blutbild. Organe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Bewegungsapparat</u>		
<u>Zentrales Nervensystem</u>			- Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- epileptische Anfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Arthrose / Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</u>			- rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Endokarditis-Prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzschrittmacher, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Vegetatives Nervensystem</u>		
- Herzklappenersatz, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herz-OP was? Wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Schilddrüsen-OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schlaganfall, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Tumorerkrankungen</u>		
- Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzinfarkt, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>		
- Koronare Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Diabetes</u>		
- Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Diabetes Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Diabetes Typ II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Auge</u>		
- Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Atemwegserkrankungen</u>			- Glaukom / grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Weitere Erkrankungen</u>		
<u>Infektionskrankheiten</u>			- ggf. weitere Erkankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- HIV / Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>		
- Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Allergien</u>		
- Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>		
- Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>		
- MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Medikamenteneinnahme</u>		
- Creuzfeld-Jacob-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Innere Erkrankungen</u>			<hr/>		
- Magenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>		
<hr/>			<hr/>		
- Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Schwangerschaft</u>		
<hr/>			<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
- Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Operationen</u>		
<hr/>			Wurden OP's bei Ihnen durchgef.? <input type="radio"/> <input type="radio"/>		

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass durch eine Betäubung von Zähnen die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt ist.

Datum, Unterschrift

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!

Patientenname		Geb. am:	
E-Mail			
Handy-Nr.			

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Behandlungsdaten
Einverständniserklärung Terminerinnerung**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Durch Ihre zahnärztliche Behandlung ergeben sich Situationen, die die Weitergabe Ihrer Patientendaten an Dritte erforderlich machen.

Ich erkläre mich einverstanden und erlaube der Gemeinschaftspraxis Pradel & Partner, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten, Labore und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an meine behandelnde Ärzte, Zahnärzte, Labore und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
- die zur Rechnungserstellung notwendigen Daten an externe Abrechnungsunternehmen, Verrechnungsstellen, Labore, und die Kassenzahnärztlichen Vereinigung übermittelt werden darf.
- ich bei umfangreichen Behandlungen an meinen Termin telefonisch, per SMS, per E-Mail oder per Brief erinnert werde.

Alle aufgeführten Stellen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz.

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Gemeinschaftspraxis Pradel & Partner zu Zwecken der Dokumentation gespeichert werden. Alle Mitarbeiter dieser Praxis haben Zugriff auf diese Daten und unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich möchte am **Terminerinnerungssystem** der Gemeinschaftspraxis Pradel & Partner teilnehmen.

Vorsorgeterminerinnerung

Ich wünsche eine jährliche Erinnerung an meinen nächsten Vorsorgetermin

per SMS oder E-Mail

per SMS per E-Mail Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Pradel & Partner aus diesem Grund personenbezogene und gesundheitsbezogene Daten von mir zum Zweck der Patienteninformation im Rahmen unseres Terminerinnerungssystems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) erhebt und speichert.

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).

_____, den
Ort

Datum

Unterschrift Patient