

Anmeldung

Name Vorname geb.

Straße Nr. PLZ Ort

Tel.: mobil

E-Mail:.....

Krankenkasse Hausarzt

Beruf Arbeitgeber

- Ich nehme keine Medikamente.
- Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente/ Präparate ein (bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- u. Abführmittel an):.....

.....

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Osteoporose, sogenannte „Bisphosphonate“ ein?

- ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen, z.B: Marcumar, Plavix, Clopidogrel?

- ja nein wenn ja, welche?.....

Liegen oder lagen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor? (bitte unbedingt ankreuzen!)

Allergien? ja nein

wenn ja, welche?.....

MRSA? (Multiresistenter Keim) ja nein

Lungen- u. Atemwegserkrankungen? ja nein

Lebererkrankungen? ja nein

Nierenerkrankungen? ja nein

Stoffwechselerkrankungen? ja nein

Diabetes mellitus? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Augenerkrankungen, z.B.“grüner“ Star? ja nein

Nervenleiden? Depressionen? ja nein

Erkrankungen des Bewegungsapp? ja nein

Bluterkrankungen? ja nein

Blutgerinnungsstörungen? ja nein

bitte wenden-->

Fortsetzung Anamnese

Kreislauf- u. Gefäßerkrankungen? ja nein
Herzerkrankungen? ja nein
Osteoporose? ja nein
Herzschrittmacher? ja nein
hoher Blutdruck? ja nein
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV)? ja nein
wenn ja, welche?.....
Sonstiges

Nur für Frauen: Ich bin schwanger
 Ich bin nicht schwanger
 Ungewiss, ob eine Schwangerschaft besteht.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz.

Es liegt für Sie eine Datenschutzerklärung gem. Art. 13 DSGVO zur Einsicht im Wartezimmer oder auf Wunsch zur Mitnahme bereit.

DatumUnterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,
haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den halbjährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Erklärung der Patientin / des Patienten

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.
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).

DatumUnterschrift