

Name, Vorname:		Geb. Datum:	
Strasse:		Geb. Ort:	
PLZ, Ort:		Beruf	

Telefon Privat:		(Tel. Geschäftl.)	
Telefon Mobil:		E-Mail:	

Krankenkasse:		Mitglied <input type="checkbox"/>	Rentner <input type="checkbox"/>	freiwillig <input type="checkbox"/>
Mitversichert bei:		Geb. Datum:		

Beihilfe: Ja Nein

Frage für gesetzlich versicherte: **Private Zusatzversicherung abgeschlossen?** Ja Nein

Wenn ja, **ambulant:** Ja

Stationär: Ja mit Wahlleistung: Ja 1-Bett-Zimmer: Ja 2-Bett-Zimmer: Ja

Wenn ja bei welcher:	
----------------------	--

Warum sind Sie bei uns?	
-------------------------	--

Bitte geben Sie den überweisenden Arzt / die überweisende Ärztin an, der / die einen Befundbericht erhalten soll.

Name Überweisender Arzt/Ärztin:	
Anschrift:	

Sollen weitere Ärzte einen Befundbericht erhalten, wenn ja, welche? (bei regelmäßiger ärztlicher Behandlung bitte Hausarzt bzw. Internist, etc.) angeben.

Name Arzt/Ärztin:	
Anschrift:	
Name Arzt/Ärztin:	
Anschrift:	

Da wir evtl. ein Röntgenbild anfertigen müssen, bitten wir Sie um folgende Angaben (lt. RöV 1987).

Wurden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten Aufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich erstellt? Wenn ja, bei wem können wir die Aufnahmen, falls nicht vorhanden, anfordern? Ja Nein

wenn ja, wann:		Bei wem:	
----------------	--	----------	--

Wird oder wurde bei Ihnen jemals eine Strahlenbehandlung durchgeführt (Tumor)? Ja Nein

Wenn ja, wann:		Bereich:	
----------------	--	----------	--

Bitte auch die 2. Seite ausfüllen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen können:

Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Angina pectoris, Schlaganfall, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck) Ja Nein

wenn ja, welche:		Seit wann:
------------------	--	------------

Befinden sich **Implantate im Körper** (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent, Metall, Kunststoffe, Silikon)? Ja Nein

Wenn ja, **Endokarditisprophylaxe** notwendig? Endokarditis Pass vorhanden? Ja Nein

wenn ja, welche:		Seit wann:
------------------	--	------------

Bestehen/Bestanden **sonstige Erkrankungen** wie z.B. Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung, Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht), Atemwegs-/Lungenerkrankung, Magen-Darmerkrankungen, des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Krampfleiden) Ja Nein

wenn ja, welche:		Seit wann:
------------------	--	------------

Besteht/Bestand eine **Infektionskrankheit** z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/Aids, CJK/CVJK)?

Ja Nein

wenn ja, welche:		Seit wann:
------------------	--	------------

Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Heparin), Bisphosphonate, Schmerzmittel, Herz-/Kreislaufmedikamente, sonstiges) wenn ja, Medikamentenplan vorhanden? Ja Nein

wenn ja, welche:		
		Grund:

Besteht eine **Allergie oder eine Unverträglichkeit** bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Jod, Pflaster, sonstiges)? Ja Nein

wenn ja, welche:	
------------------	--

Kam es schon einmal zu Wundheilungsstörungen wie z.B. Entzündung, Abszess, Fistel oder Nachbluten nach Operationen? Ja Nein

wenn ja, nach welcher OP:	
---------------------------	--

Regelmäßiger Tabakkonsum? Ja Nein wenn ja, was und wieviel? _____

Regelmäßiger Alkoholkonsum? Ja Nein wenn ja, was und wieviel? _____

Zusatzfragen bei Frauen:

1. Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein wenn ja, wievielte Woche: _____

2. Stillen Sie? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Bitte ankreuzen)

Zuweisende/r Ärztin/Arzt (Zahnarzt/-ärztin; Kieferorthopäde/in; andere/r Ärztin/Arzt)

Internet Empfehlung Sonstiges _____

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in)

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Dr. Werner Zoder meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Zahnärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde weitere Ärzte/Zahnärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore (Abstrich, Blutbild) und Zahntechniker, die für die weitere Behandlungen und Diagnosen erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw gesetzlichen Vertreters