

Herzlich Willkommen in unserer Praxis....

...wir freuen uns, dass Sie sich für uns entschieden haben!

Allgemeine Angaben

Patient:	geb.:
Vers.-Mitglied:	geb.:
Anschrift:	Telefonnr.: und E-Mail
Krankenversicherung:	Beruf:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem.§73 Abs.1bSGBV

Hiermit erkläre ich mich mit der Weitergabe bzw. Anforderung von relevanten Behandlungsunterlagen an bzw. von in meiner Behandlung involvierte Ärzte und Einrichtungen einverstanden, sofern die geltenden Datenschutzregeln hierbei Beachtung finden.

*Ich kann die Einwilligung in die Datenübermittlung jederzeit schriftlich oder teilweise für die Zukunft widerrufen.

Ich stimme zu.

Weitere Informationen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Besteht eine Schwangerschaft?
- Rauchen Sie?
- Wurden Ihre Zähne bisher professionell gereinigt?
- Wünschen Sie eine Veränderung der Zähne?
- Dürfen wir Sie an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnern?
- Dürfen wir Sie per E-Mail zur Vorsorge anschreiben und erinnern?
- Besitzen Sie eine Zusatzversicherung?

Gesundheitsfragen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Bluthochdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Herzschrittmacher
- Endokarditis (Herzmuskelentzündung)
- Immunschwäche
- Tumorerkrankung
- Infektiöse Erkrankungen z.B. HIV, Hepatitis, MRSA)
- Suchterkrankung
- Epilepsie
- Asthma / Lungenerkrankung
- Diabetes
- Augenerkrankung
- Nierenfunktionsstörungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Ohnmachtsanfälle
- Magen – Darm Erkrankungen
- Osteoporose
- Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche?
- Allergien / Unverträglichkeit, wenn ja, welche?

Medikamente

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?

(ASS, Plavix, Marcumar)

Nehmen oder nahmen Sie Antiresorptiva ein?

(z.B. Bisphosphonate)

Welche Medikamente nehmen Sie darüber hinaus **regelmäßig** oder

momentan ein?

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Als Bestellpatient reservieren wir bei Terminvergabe die Behandlungszeit nur für Sie. Wir bitten Sie daher, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig (mind.24h früher) abzusagen. **Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden -pro angefangene Stunde mit einer Ausfallgebühr von 100 Euro berechnet.**

Köln, den _____ **Unterschrift** _____