

Patient: _____
Name **Vorname** **Geb.datum**

Rechnungs-
Empfänger Name Vorname Geb.datum
(bei Minderjährigkeit)

Adresse _____
 Straße und Hausnummer PLZ Ort

Krankenkasse: _____ Privatversicherung: beihilfefähig Basistarif andere Tarife

Überweiser _____
Zahnarzt **Kieferorthopäde** **Hausarzt**

Freiwillige Angaben

Telefon _____ **Beruf** _____
 privat/geschäftlich E-Mail

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin damit einverstanden, dass bei Privatrechnungen die Erstellung und der Einzug über die MCC Medical CareCapital GmbH, Krefeld (MCC) erfolgt und die hierfür erforderlichen Daten Dritten (MCC) digital zur Verfügung gestellt werden. Ich willige ein, dass meine Daten, Befunde, Arztbriefe, Röntgenbilder mitbehandelnden Ärzten/Zahnärzten per Post und als E-Mail in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7Abs. 3 DSGVO). Die Datenschutzzinformation liegt am Empfang zur Einsicht bereit. Beachten Sie auch die Datenschutzzinformation auf: www.implantologie-kronshagen.de

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen:

Gesundheitsfragen	ja	nein		ja	nein
Leiden Sie an ...			Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Röntgenaufnahmen aus den	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	letzten 12 Monaten vorhanden?		
Kreislaufbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?		
Lebererkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamentenüberempfindlichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wogegen?		
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
HIV-Infektion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?		
Andere nicht aufgeführte Krankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
_____			Nicht genügend Platz? Gerne nehmen wir eine		
Hatten Sie jemals eine Tumor- oder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aktuelle Medikamentenliste von Ihnen entgegen.		
Osteoporosebehandlung mit Bisphos-					
phonaten (Alendronat,Zometa o.ä)					
oder Denosumab?			Vielen Dank für Ihre Angaben.		

Kronshagen, den _____

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters