

Anamnese-Bogen

MKG-PALAIS

Patientendaten:

Nachname: Vorname: geb. am:

Straße/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Telefonnummer, unter der Sie tagsüber erreichbar sind:

E-Mail-Adresse:

Ggfs. abweichender Versicherungsnehmer:

Nachname: Vorname: geb. am:

Name der Krankenversicherung:

Zusatzversicherung: Ja () Nein () Beihilfe: Ja () Nein ()

Basistarif: Ja () Nein ()

Überweisender Arzt:

Ihr Zahnarzt:

Ihr Hausarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweiser () Internet/Social Media () Webseite () Klinik () Bekannte ()

Sonstige:

Letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-/Kieferbereich, wann/wo:

Allergien gegen Penicillin, Schmerzmittel, Pflaster o.ä.:

Rauchen Sie? Ja () - Anzahl pro Tag: Nein ()

Besteht eine Schwangerschaft? Ja () Nein ()

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche:

.....

.....

Frühere Operationen:

.....

Bitte wenden

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	Bemerkungen:
Anfallsleiden, z. B. Epilepsie o.a.	()	()
Atemwegserkrankungen	()	()
Blutungsneigung z. B. durch gerinnungshemmende Medikamente o.a.	()	()
Diabetes (Typ)	()	()
Glaukom (erhöhter Augendruck)	()	()
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:			
z. B. Koronare Herzkrankheit,	()	()
Herzinfarkt, wann?	()	()
Herzrhythmusstörungen	()	()
Herzschrittmacher	()	()
Herzklappenfehler/-ersatz	()	()
Hypertonie (Bluthochdruck)	()	()
Schlaganfall, wann?	()	()
Infektionskrankheiten, z. B. Hepatitis, HIV	()	()
Magen-, Darm-, Leber-, Nierenleiden	()	()
Osteoporose	()	()
Schilddrüsenerkrankungen	()	()
Tumorerkrankungen	()	()

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Dokumentation der Behandlung und Bilddokumentation von Befunden, Mitteilungen an Krankenkassen/Versicherungen/Überweiser/Kliniken/Berufsgenossenschaften, Abrechnung Kassenzahnärztliche u. Kassenärztliche Vereinigung Hessen, durch die Praxis zu. Zudem stimme ich der Verwendung von Bilddokumentationen in anonymisierter Form für Vorträge und soziale Medien zu.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich/E-Mail an die Praxis widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht der Ärzte und ihrer Mitarbeiter.

Wir dürfen Informationen/Unterlagen nur direkt an Sie weitergeben. Wünschen Sie eine Aushändigung an Dritte, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Nachfolgend genannte Person darf meine Röntgenbilder abholen, Befunde erfragen und Termine vereinbaren:

Nachname: Vorname: geb. am:

Mir ist bekannt, dass ein fehlender Versicherungsnachweis der gesetzlichen Krankenkasse eine Privatrechnung zur Folge hat.

Datum: **Unterschrift:**