



TAGESKLINIK

FÜR MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

PRAXISGEMEINSCHAFT

DR. DR. MED. PETER GORENFLOS
Facharzt für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie

DR. MED. DENT. CECILIA ZAWADZKI
Fachärztin für Oralchirurgie

DR. DR. MED. CHRISTOPHER SCHARDT
Facharzt für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir Ihr Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Informationen. Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit und beantworten den folgenden Fragebogen. Vielen Dank!

PATIENTENDATEN

männlich weiblich

Name

Telefon privat

Vorname

Telefon mobil

Geboren am Geburtsort

E-Mail

Straße, Nr.

Tätigkeit / Beruf

PLZ Ort

VERSICHERUNG

Krankenversicherung

gesetzlich privat beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist der Versicherte?

männlich weiblich

Name

Vorname

Geboren am Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ Ort

BEHANDELNDE ÄRZTE

Name des Zahnarztes

Name des Hausarztes

ALLGEMEINES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familie / Freunde / Bekannte | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Internet (Suchanfrage) | <input type="checkbox"/> Praxisschild |
| <input type="checkbox"/> Zeitung (z.B. Anzeige) | <input type="checkbox"/> Website |
| <input type="checkbox"/> Arzt | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="text"/> |

GESUNDHEITSFragen

Haben / Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergische Reaktionen, Medikamentenunverträglichkeit Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besitzen Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzinfarkt Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schlaganfall Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leberkrankheiten, Gelbsucht (Hepatitis A, B, C, D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, ansteckende Krankheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Andere Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Behandlung mit Bisphosphonaten bei Osteoporose oder Knochenmetastasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?		
			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r)

EINWILLIGUNG RÖNTGENBILDER / NUTZUNGSRECHTE / KOMMUNIKATION MIT DEM HAUSARZT

- RÖNTGENEINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von mir angefertigt werden.
- NUTZUNGSRECHTE:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenaufnahmen, die während der Behandlung von mir erstellt werden, im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publikationen/Fortbildungen anonymisiert publiziert werden dürfen.
- EINVERSTÄNDNIS ZUR KOMMUNIKATION MIT DEM HAUSARZT/HAUSZAHNARZT:** Um eine ideale Abstimmung zwischen behandelnden ärztlichen Kollegen zu gewährleisten.

DATENSCHUTZ:

- Hiermit bin ich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6 und 7 Absatz 1 des DSGVO in der Tagesklinik gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung widerrufen werden kann.
- Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Arzt und/oder Zahnarzt sowie das medizinische Personal meine Patientendaten elektronisch verarbeiten darf. Dazu gehört auch unter anderem die Weiterleitung von Röntgenbildern per Post und/oder E-Mail.
- Hiermit nehme ich zur Kenntnis und erkläre meine Einwilligung, dass diese Praxis aus Sicherheitsgründen videoüberwacht wird. Die Speicherdauer der Aufzeichnung beträgt ca. zwei Wochen.

Ort, Datum

Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r)