Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. René Ciellas

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____ Handynummer: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Falls Zahlungspflichtiger und Patient nicht identisch sind Bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Hausarzt: _____

Vorheriger Zahnarzt: _____

Dort liegen Röntgenbilder vor, die 1 Jahr oder jünger sind. Ja Nein

Herz-Kreislauf-System

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja

Herzklappenerkrankung Ja

Herzschrittmacher Ja

Weitere Erkrankungen Ja

Wenn ja, welche? _____

Allergien

Lokalanästhetika Ja

Penicillin Ja

Infektionserkrankungen

HIV Ja

Hepatitis Ja

Tuberkulose Ja

Schmerzmittel Ja

Andere: _____

Bitte wenden

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. René Ciellas

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen Ja
- Asthma Ja
- Lungenerkrankung Ja
- Schilddrüsenerkrankung Ja
- Rheuma Ja
- Epilepsie Ja
- Diabetes Ja
- Nierenfunktionsstörungen Ja
- Osteoporose Ja
- Ohnmachtsneigung Ja
- ADHS Ja

Allgemeine Angaben

- Drogenkonsum Ja
- Alkoholiker Ja
- Einnahme von Antidepressiva Ja
- Schwangerschaft Ja
- Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja
- Knirschen Sie mit den Zähnen Ja
- Regelmäßige Medikamente? Ja
- Wenn ja, Welche? _____
- _____
- _____
- _____

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu, damit im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses behandelt, Röntgenbilder der Zähne an weiterbehandelnde Ärzte und Laboratorien und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. mit mir als Patient*in / Privatpatient*in abgerechnet werden können.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____