

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN FÜR ZAHNÄRZTLICH-CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Bitte unbedingt zum ersten Termin mitbringen!

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die ärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

ggf. vertreten durch die / den Erziehungsberechtigte(n) / Betreuer: _____

versichert über: _____

bei Minderjährigen, versichert über: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ Beruf: _____

Mein Hausarzt ist: _____ Mein Zahnarzt ist: _____

Rechnungsanschrift: _____

Haben bzw. hatten Sie folgende Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein
- Angina Pectoris? ja nein
- Herzinfarkt? ja nein
- Vorhofflimmern? ja nein
- Rhythmusstörungen? ja nein
- Herzschrittmacher / Defibrillator? ja nein
- Entzündungen der Klappen / des Muskels? ja nein
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja nein
- Stent / Bypass? ja nein
- Haben Sie einen Herzpass? ja nein

Leiden Sie unter folgenden Blut- oder Gefäßerkrankungen?

- Durchblutungsstörungen? ja nein
- Thrombosen? ja nein
- Schlaganfall? ja nein
- Einnahme blutverdünnender Medikamente? ja nein
- Gerinnungsstörungen? ja nein
- Langes Bluten nach Verletzungen? ja nein
- Blutungsneigung / Hämophilie? ja nein
- Blutarmut / Anämie? ja nein

Haben Sie folgende Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?

- Chronische Bronchitis? ja nein
- Asthma? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Leiden Sie unter:

- Diabetes / Zuckerkrankheit? ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
- Magen- / Darmerkrankungen? ja nein
- Leberverhärtung / -zirrhose? ja nein
- Rheuma? ja nein
- Nierenversagen / Dialyse? ja nein
- Osteoporose? ja nein
- Bekommen Sie deshalb Medikamente / Infusionen?
Wenn ja, welche? _____

- Metastasen / Tochtergeschwülsten? ja nein
- Muskelerkrankungen? ja nein
- Hepatitis / Gelbsucht? ja nein
- Magengeschwür? ja nein
- Infektionskrankheiten? ja nein
- Immunschwäche / AIDS? ja nein
- Anfallsleiden / Epilepsie? ja nein
- Depressionen? ja nein
- Angstzuständen? ja nein
- Suchterkrankungen? ja nein
- Grünem Star / erhöhtem Augeninnendruck? ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Bösartige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Chemotherapie? ja nein
Wenn ja, wann?

Bestrahlung? ja nein
Wenn ja, wann und welche Dosis?

Zustand nach Organtransplantation? ja nein

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher
Behandlung? ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Geplanter Entbindungstermin: _____

Medikation:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Haben Sie Allergien und / oder
vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
Wenn ja, welche?

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung. Der Speicherung Ihrer persönlichen Daten stimmen Sie hiermit zu. Informationen bezüglich unseres Datenschutzes finden Sie auf der Homepage unter folgendem Link: <https://www.kieferchirurgie-halle-dessau.de/datenschutz.html>. Über Veränderungen Ihrer Angaben innerhalb des Behandlungszeitraumes bitten wir Sie uns zu informieren. Im Rahmen der zahnärztlichen / ärztlichen Behandlung werden bei Bedarf Daten an mitbehandelnde Kollegen oder Institute übermittelt.

Diese sind:

MVZ Labor Dessau GmbH | Bauhüttenstraße 6 · 06847 Dessau-Roßlau

amedes MVZ für Pathologie und Zytodiagnostik in Halle GmbH | Albert-Einstein-Straße 3 · 06122 Halle (Saale)

Tumorzentrum Anhalt | Auenweg 38 · 06847 Dessau-Roßlau

Klinisches Tumorregister der Medizinischen Fakultät der Universität Halle | Ernst-Grube-Straße 40 · 06097 Halle

EINWILLIGUNG ZUM INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT FACHKOLLEGEN PER E-MAIL

Ja. Ich / Wir willige/n ein, dass bis zu meinem / unserem schriftlichen Widerruf von der Praxis MKG Halle | Dessau **nur** zum Zwecke der Beratung, Behandlungsplanung und des interkollegialen Informationsaustausches vertrauliche Patientendaten (Röntgenbilder, Arztbriefe und Anweisungen) und Informationen per E-Mail an meinen Hauszahnarzt, ggf. mitbehandelnde zahnärztliche und ärztliche Fachkollegen übermittelt werden dürfen.

Die Datenübertragung per E-Mail erfolgt unverschlüsselt, unberechtigter Zugriff der E-Mail-Inhalte kann durch den Versender nicht ausgeschlossen werden und er übernimmt dafür keine Haftung. Der Versand von Patientendaten dient aus Sicherheitsgründen **ausschließlich** dem kollegialen Informationsaustausch.

Nein. Ich / Wir willige/n nicht ein. Die Übermittlung der Daten erfolgt hierbei ausschließlich durch persönliche Übergabe der Dokumente durch den Patienten / die Patientin bzw. dessen / deren Erziehungsberechtigte/n. Die Dokumente können durch den Patienten / die Patientin bzw. dessen / deren gesetzliche/n Vertreter nach vorheriger Absprache in der Praxis abgeholt werden.

Datum

Unterschrift