

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter 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: _____

Liegt eine Betreuung vor? ☐ ja ☐ nein Name Betreuer: _____ Telefon-Nr.: _____

Benötigen Sie einen Dolmetscher? ☐ ja ☐ nein Name: _____ Telefon-Nr.: _____

versichert über: _____

bei Minderjährigen, versichert über: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ Beruf: _____

Mein Hausarzt ist: _____ Mein Zahnarzt ist: _____
im Hausarztprogramm ☐ ja ☐ nein

Rechnungsanschrift: _____

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

Haben Sie zu hohen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

Angina Pectoris? ☐ ja ☐ nein

Herzinfarkt? ☐ ja ☐ nein

Vorhofflimmern / 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

Neigen Sie zur Ohnmacht? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter folgenden Blut- oder Gefäßerkrankungen?

Durchblutungsstörungen / Thrombosen? ☐ ja ☐ nein

Schlaganfall? ☐ ja ☐ nein

Einnahme blutverdünnender Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Langes Bluten nach Verletzungen /

Gerinnungsstörungen /

Blutungsneigung / Hämophilie? ☐ ja ☐ nein

Blutarmut / Anämie? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie folgende Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?

Chronische Bronchitis? ☐ ja ☐ nein

Asthma? ☐ ja ☐ nein

Wie viel rauchen Sie 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

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

Liegen neurologische Erkrankungen,

Syndrome oder sonstige Erkrankungen vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Liegt eine Behinderung / ein Pflegegrad vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Grad der Behinderung _____

Pflegegrad _____

Behindertenausweis vorhanden? ☐ 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 zur Zeit 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

A & A Praxis für Laboratoriumsmedizin | Steg 1 · 06110 Halle (Saale)

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 (Saale)

EINWILLIGUNG ZUM INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT FACHKOLLEGEN PER E-MAIL, KIM, ePA

☐ **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, KIM bzw. ePA an meinen Hauszahnarzt, ggf. mitbehandelnde zahnärztliche und ärztliche Fachkollegen übermittelt werden dürfen. Die Datenübertragung per E-Mail, KIM bzw. ePA erfolgt unverschlüsselt, unberechtigter Zugriff der E-Mail-/KIM-/ bzw. ePA-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