

Anmeldung und Angaben zur Krankengeschichte

**Name, Vorname
 des Patienten**.....
 geb. am
 Telefonischer Kontakt
Ihr Hausarzt
Ihr Zahnarzt
Überweiser

**auszufüllen bei privater Versicherung
 oder fehlender Versicherungskarte:**
Versicherter bzw. Zahlungspflichtiger

 geb. am
 Straße
 PLZ, Ort
 Beruf
 Krankenversicherung

Das Angekreuzte trifft für mich zu!

- Ich neige zur Ohnmacht.
- Ich habe einen zu hohen Blutdruck.
- Ich habe einen zu niedrigen Blutdruck.
- Ich leide unter Durchblutungsstörungen.
- Ich habe folgende Herzerkrankungen:
-
- Ich trage einen Herzschrittmacher.
- Ich hatte einen Schlaganfall.
- Bei mir wurde eine Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt.
- Ich habe zurzeit eine schlecht heilende Wunde.
- Ich bin oder war vor kurzem (1/2 Jahr) in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim.
- Ich nehme zurzeit folgende Medikamente ein.

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten (Medikament oder Infusion zur Knochenstärkung) behandelt?

- Ich habe eine Blutgerinnungsstörung / Bluterkrankung.
- Ich leide an einer Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV).
- Ich habe eine Lebererkrankung oder Gelbsucht.
- Ich bin zuckerkrank (Diabetiker/in).
- Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung.
- Ich leide an Rheuma bzw. einer Knochenkrankung.
- Ich bin nierenkrank / dialysepflichtig.
- Ich leide an einer Magen-Darm-Erkrankung.
- Ich leide an einer Nervenerkrankung.
- Ich habe ein Anfallsleiden (Epilepsie).
- Ich leide an einer Lungenerkrankung.
- Ich leide an Asthma.
- Ich habe folgende andere Erkrankungen:
-
- Bei mir sind folgende Allergien bekannt:
-
- Ich vertrage folgende Medikamente nicht:
-
- Ich bin schwanger.**
- Rauchen Sie? Wie viel durchschnittlich?

Die im Wartezimmer ausliegenden Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Meine Daten werden zur medizinischen und zahnmedizinischen Dokumentation und Abrechnung elektronisch gespeichert und verarbeitet.

- Mit der Weitergabe dieser Daten an zukünftig in dieser Praxis tätige Ärzte und Zahnärzte bin ich einverstanden.**
- Des weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Berichte und Röntgenbilder im Zusammenhang mit meiner Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. Ärzte/Zahnärzte, Krankenhäuser, Labore, Pflegeheime) laut der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO vom 25.05.2018) übermittelt werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).**

Ich verpflichte mich, jede Änderung meines Gesundheitszustandes oder der o.g. Angaben den Praxisinhabern unaufgefordert bei zukünftigen Behandlungen mitzuteilen.

Sofern ich **privat versichert** bin, habe ich davon Kenntnis genommen, dass es abhängig von Versicherungsvertrag, Beihilfe- und Erstattungsrichtlinien zu einer Differenz zwischen Rechnungs- und Erstattungs- oder Beihilfebeträg kommen kann. Da sich die Abrechnung nach den amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte richtet, entbindet mich dies nicht von der Begleichung des kompletten Rechnungsbetrags.

Hamm, den

Unterschrift