

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 Knochenerkrankung.
- 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 Beihilfebetrag 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