

Persönliche Angaben (sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt)

Name:	Vorname:	geb.:	Hausarzt: Tel:
Tel. privat:	Tel. dienstl.:		ggf. Erziehungsberechtigter:

Krankheiten

	ja	nein
Bluthochdruck		
Niedriger Blutdruck		
Herzschrittmacher		
Endokarditis (Herzinnenhaut/- muskelentzündung)		
Herzklappenfehler		
Herzklappenersatz		
Herzoperation		
Blutgerinnungsstörung		
Ohnmachtsanfälle		
Künstliche Gelenke		
Organtransplantationen		
Rheuma		
Schilddrüsenerkrankung		
Mundgeruch		

	ja	nein
Diabetes		
Epilepsie		
Depression		
Tumorleiden		
Osteoporose		
HIV (AIDS)		
Hepatitis (A;B;C)		
Lungenerkrankung(Asthma, COPD)		
Nierenerkrankung		
Grüner Star		
MRSA nachgewiesen		
Tuberkulose		
Rauchen, wie viele ca.:		
Schwanger (Monat:)		

Medikamente

	ja	nein
Blutverdünner		
Immunsuppressiva		
Bisphosphonate (Knochenabbauhemmer)		
Sonstige:		

Allergien, Unverträglichkeiten

Medikamente:	Materialien:
Sonstige:	

Datum, Ort

Unterschrift:

BITTE WENDEN →

TELEFON

WEB

Kenntnisnahme und Einwilligung

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt/ Zahnärztin (ZA Christian Scheppang, FZÄ Ricarda Köhler) die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf.

Vertretungshalber dürfen zahnärztliche Kollegen aus der hiesigen Praxis sämtliche relevante medizinische und sonstige personenbezogene Daten in Bezug auf meine Person austauschen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ich weiß, dass die Praxis dem Datenschutz lt. Gesetz (BDSG) unterliegt.

Einwilligung zur Anforderung von Daten aus anderen Praxen o.ä.

(Schweigepflichtsentbindung)

Diese Einwilligung umfasst die Kommunikation (Telefon, Fax, Brief, E-Mail) mit anderen Personen oder Facheinrichtungen.

Ich erlaube, dass mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin für mich Kontakt (im Rahmen meiner Behandlung) aufnimmt, um z.B. Röntgenbilder auszutauschen/anzufordern oder Befunde abzufragen.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24h vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Luckau, den

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter