Name/Vorname:	
Geb.-Dat.:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail:	
Name u. Anschrift Ihres Hausarztes / Facharztes:	

Kieferchirurgie Chemnitz
Kompetenzzentrum Kapellenberg MVZ
Dr. med. dent. Zeno | Dr. med. dent. Seifert PartG

Elternteil / gesetzlicher Vertreter:
Name, Vorname, Geb.-datum:
Anschrift:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Falls Sie mit *ja* antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie (welche)	☐	☐	
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐	
3 Atemwegserkrankungen (welche)	☐	☐	
4 Blutgerinnungsstörung	☐	☐	
5 Diabetes (welcher Typ)	☐	☐	
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)	☐	☐	
7 Hämatologische Erkrankungen	☐	☐	
8.1 Herzinsuffizienz	☐	☐	
8.2 Koronare Herzkrankheit	☐	☐	
8.3 Herzinfarkt	☐	☐	
8.4 Herzrhythmusstörungen	☐	☐	
8.5 Herzschrittmacher	☐	☐	
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	☐	☐	
8.7 Durchblutungsstörung (Gefäße)	☐	☐	
8.8 erhöhter Blutdruck	☐	☐	
8.9 niedriger Blutdruck	☐	☐	
9 Apoplex (Schlaganfall)	☐	☐	
10 Infektionskrankheiten	☐	☐	
10.1 Hepatitis	☐	☐	
10.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)	☐	☐	
11 Lebererkrankungen	☐	☐	
12 Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
13 Nierenerkrankungen	☐	☐	
14 Osteoporose	☐	☐	
15 Rheumatoide Arthritis	☐	☐	
16 Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
17 Tumorerkrankungen	☐	☐	
18 Frühere Operationen? (welche)	☐	☐	
19 Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	
20 Sind Sie Raucher?	☐	☐	
21 Bestehen sonstige Erkrankungen?	☐	☐	
22 Besteht ein Pflegegrad? Welcher?	☐	☐	
23 Nehmen Sie Medikamente? (welche)	☐	☐	

Datum/Unterschrift ✘

BITTE WENDEN -->

Name, Vorname ……

Datenschutz

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Datenübermittlung an Ärzte, Zahnärzte, sonstige Ärzte, Zahntechniker, Krankenkassen, Beihilfestellen, Berufsgenossenschaften, (private) Abrechnungsstellen, etc. durch die Kieferchirurgie Chemnitz, Kompetenzzentrum Kapellenberg MVZ, Katharinenstraße 3a, 09119 Chemnitz zu.

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personen- und gesundheitsbezogenen Daten per einfacher E-Mail einverstanden. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte –, sind mir bewusst.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird ausschließlich auf Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Deshalb benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung.

Ihre personenbezogenen Daten werden nur solange bei uns gespeichert, wie dies für die Behandlung durch uns erforderlich ist. Außerdem sind wir aufgrund gesetzlicher Vorgaben verpflichtet, Ihre personenbezogenen (Gesundheits)-Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630f BGB/ärztliche Dokumentationspflicht).

Chemnitz, den …… ……..……

Unterschrift Patient/in ab 18 Jahre, sonst Erziehungsberechtigter

Name, Vorname ……

Honorarausfall

Es handelt sich bei uns um eine reine Bestellpraxis. Eine langfristige Planung soll einen reibungslosen Ablauf der Praxis gewährleisten und längere Wartezeiten für die Patienten vermeiden. Aus diesem Grund bitten wir Sie, Ihren Termin mindestens 24 Stunden telefonisch oder per E-Mail (info@kieferchirurgie-chemnitz.de) vorher abzusagen.

Für kurzfristig, nicht gerechtfertigtes Absagen, oder Nichterscheinen zum Termin, behalten wir uns nach §615 BGB vor, eine Ausfallgebühr von 50 € / je angefangene 30 min einzufordern.

Falls Ihr Fernbleiben unverschuldet ist, sind die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen und nachzuweisen.

Mit meiner Unterschrift willige ich in diese Zusatzvereinbarung ein.

Auf Wunsch des o. g. Patienten wird eine Kopie ausgehändigt.

Chemnitz, den …… ……..……..

Unterschrift Patient/in ab 18 Jahre, sonst Erziehungsberechtigter

_____ Unterschrift Arzt/Zahnarzt