

Gesund beginnt im Mund! Herzlich willkommen im ZZI Dr. Rauch!

Bei uns im ZZI Dr. Rauch dreht sich alles um Ihre Gesundheit! Neben Ihren persönlichen Daten benötigen wir daher Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für Ihre individuelle und eine risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz (EU-DSGVO 2018).

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Email-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Name Mitglied (falls abweichend): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Gesundheitsfragen

Ihr Hausarzt: _____

Wurden Sie von einem Kollegen/einer Kollegin zu uns überwiesen? JA 0 NEIN 0

Name _____ Praxis _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA 0 NEIN 0

Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)?

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? JA 0 Welche SS-Woche? _____ NEIN 0

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen!

Herz- Kreislauf-Erkrankungen

Zustand nach Herzinfarkt Ja 0 Nein 0

Blutdruck zu hoch? 0 zu niedrig? 0

unregelmäßiger Herzschlag Ja 0 Nein 0

Herzinsuffizienz 0 Herzschrittmacher 0 Herzklappenersatz 0

sonstige Herzerkrankung _____

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja 0 Nein 0

Schilddrüsenunterfunktion 0 Schilddrüsenüberfunktion 0

Lebererkrankungen Ja 0 Nein 0 welche?_____

Magen-Darm-Erkrankungen 0 welche?_____

Erkrankungen des Nervensystems: Krampfanfälle (Epilepsie) Ja 0 Nein 0

Infektionserkrankungen

Leberentzündung Hepatitis A _____ Hepatitis B _____ Hepatitis C _____

Tuberkulose Ja 0 Nein 0 HIV (AIDS) JA 0 Nein 0

Chronische Entzündung der Atemwege/Bronchitis o. ä. _____ Ja 0 Nein 0

Bluterkrankungen

Bluterkrankung Ja 0 welche?_____Nein 0

Sonstige Erkrankungen

Asthma 0 Atemnot 0 Ohnmachtsanfälle 0

Weitere Erkrankungen _____

Allergien

Wenn ja, auf was reagieren Sie allergisch? Allergiepass vorhanden? Ja 0 Nein 0

Bitte teilen Sie uns Änderungen zeitnah mit!

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich _____ (vollständiger

Name, Angaben siehe oben und vorherige Seite) der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis ZZI Dr. Rauch zu. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO), eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und der Datenschutzerklärung wurde mir angeboten.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz2 DSGVO).

Melsungen, den _____ Unterschrift _____

(Patient/Erziehungsberechtigter)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung – Unser Recall System

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen.

Gern erinnern Sie mich an Folgetermine, Vorsorgetermine, Prophylaxetermine bzw. übermitteln mir Praxisinformationen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz2 DSGVO).

Meldungen, den_____ Unterschrift_____

(Patient/Erziehungsberechtigter)