



Dr. Dr. R. Kettner Dr. Dr. A.-D. Gerner Dr. G. Stockbrink Dr. Dr. N. Ayoub

**Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Bitte helfen Sie uns, einen erfolgreichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen, und füllen Sie bitte hierzu diesen Bogen sorgfältig aus.

	Patient	Versicherter*)
Nachname und Geburtsname :		
Vorname :		
Geburtsdatum und Ort:		
Postleitzahl und Wohnort :		
Straße mit Hausnummer :		
Krankenkasse/-versicherung :		
Rentner :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Telefon privat / mobil :		
E-Mail :		
Telefon Arbeitgeber :		

\*) Wenn Sie nicht selbst versichert sind, geben Sie bitte die Personalien des Versicherten (s.o. rechte Spalte) an.

Haben Sie eine **private Zahnzusatzversicherung**?  Ja  Nein

Wenn Sie verbeamtet sind, sind Sie in diesem Fall **beihilfeberechtigt**?  Ja  Nein  
Falls ja, fordern Sie bitte an der Rezeption die speziellen „Hinweise für Beihilfe –Patienten“ an.

**Erklärung für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:** Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und verpflichte mich, für das jeweilige Quartal die Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen vorzulegen. Mir ist bekannt, dass andernfalls für die Behandlung eine private Berechnung erfolgt.

**Fragen zur Krankengeschichte (Bitte sorgfältig ausfüllen):**

Überweisender Zahnarzt / Arzt :			
Hausarzt :	Adresse :		
Dauerhaft einzunehmende Medikamente :			
Allergien auf bestimmte Medikamente :			
Letzte Röntgenuntersuchung (Jahr) :		Bluthochdruck :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV Infektion (AIDS) :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Narkoseunverträglichkeit :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schwangerschaft :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht sicher
Hepatitis (Leberentzündung) : falls Ja , welche Form :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Raucher:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen :	Stück / Tag:		

Aachen, den

Unterschrift: .....

**WICHTIG!!! Erklärung zum Datenschutz auf der Rückseite!**

## Seite 2: Erklärung zum Datenschutz

### **Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin (Name s. Vorderseite) zur Weitergabe von Behandlungsunterlagen an den überweisenden Zahnarzt bzw. überweisenden Arzt und an den Hauszahnarzt bzw. Hausarzt**

Hiermit stimme ich zu, dass mein mich behandelnder Kieferchirurg/Oralchirurg meine Behandlungsunterlagen, wie z.B. Röntgenbilder, Befunde und Arztbriefe, an die oben aufgeführten Stellen weitergeben darf.

Dies kann auf folgenden Wegen geschehen: per Brief, per Fax, per Telefon, auf Datenträger (z.B. CD, DVD, USB-Stick) und E-Mail (verschlüsseltes und/oder anonymisiertes Verfahren).

**Diese Einverständniserklärung kann durch Durchstreichen der Zustimmung und jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden.**

Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich die Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz erhalten. Die personenbezogenen Daten werden mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet

Ich erkläre, dass ich alle Angaben freiwillig gemacht habe.

Aachen, den .....

.....  
Unterschrift Patient/in

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r