



Dr. Dr. R. Kettner Dr. Dr. M. Erbe Dr. Dr. A.-D. Gerner Dr. G. Stockbrink

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.

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.

Besteht eine **private Zusatzversicherung** für das Krankenhaus Ja Nein
Falls ja, wünschen Sie Chefarztbehandlung 1-Bett Zimmer 2-Bett Zimmer

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 / Hauszahnarzt:	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): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, welche Form:		Raucher:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Stück / Tag:
Sonstige Erkrankungen:			

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