

Dr. Bowien MVZ GmbH
 Zahnärzte / Orale Chirurgie / Implantologie
 Möllner Landstrasse 26
 21509 Glinde
 040 - 710 55 05
 www.dr-bowien.de

Anmeldeformular (zur Aktualisierung Ihrer Gesundheitsdaten)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung im Mund- und Kieferbereich haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig zu lesen und auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden teilweise elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patienten, Name _____
 Vorname _____
 Straße _____
 PLZ _____ Wohnort _____
 Telefonnummer _____
 Handynummer _____
 E-Mail-Adresse _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Beruf _____
 Arbeitgeber _____

Gesetzliche Krankenkasse _____ Zusatzversicherung
 Privatkasse _____ Basistarif
 Familienversichert – Mitglied, Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____

	Nein	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wann? _____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Welche ? _____
Marcumar / Plavix / Eliquis / ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Allergien – Latex, Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Tumor-/Krebserkrankung, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Stoffwechselerkrankung (Diabetes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Schwangerschaft, in welchem Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Blutdruck	hoch <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/>
Raucher / Raucherin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankung	_____	

Recall: halbjährliche Erinnerung zur Kontrolle meiner Zähne
 zur Professionellen Zahnreinigung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

 Datum

 Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r und Zahlungsberechtigte/r)

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, dem Fremdlabor oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Zahnarzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort Datum..... Unterschrift des Patienten