

Zahnarzt Bernhard Grimm

Allersberger Strasse 14 - 91161 Hilpoltstein
Telefon: (09174) 977637 - Telefax: (09174) 977638

Name:	Wenn nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	Name:
Adresse:	Vorname:
	Geburtsdatum:
Tel. Privat:	Beruf:
Handy:	Arbeitgeber, Ort:
e-Mail:	
Krankenkasse:	Tel. Arbeitsplatz:

Terminerinnerung gewünscht? Nein e-Mail:

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie eine Pflegestufe oder Eingliederungshilfe? Welche: _____ ja / nein

Zuckererkrankung (Diabetes)? Typ: _____ Hba1c Wert: _____ ja / nein

Allergiepaß? ja / nein

Allergien? welche? _____

Überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Welche? _____ ja / nein

Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Welche? _____ ja / nein

Augeninnendruck erhöht? ja / nein

Blutgerinnungsstörungen (z.B.:Ass, Aspirin, Marcumar) ja / nein

Länger andauernde Blutungen bei chirurgischen Eingriffen/Verletzungen? ja / nein

Drogen-/ Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit? ja / nein

Epileptische Anfälle/ Krämpfe? ja / nein

Migräne? ja / nein

Herz-/Kreislaufkrankung?(z.B.Bluthochdruck, etc.) ja / nein

Herzpaß? ja / nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Aids, Tuberkulose)? ja / nein

Schilddrüsenerkrankung?/ Welche? _____ ja / nein

Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____ ja / nein

Asthma/ Lungenerkrankung (z.B. COPD etc.) ja / nein

Schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche: _____ ja / nein

antibiotische Abschwärzung nötig? ja / nein

Regelmäßige Medikamente: _____ ja / nein

Medikamentenplan wird vorbei gebracht. ja / nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Hausarzt: _____

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe!

Bitte teilen Sie es uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben haben.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Hilpoltstein, den _____

Datum

Unterschrift

Zahnarzt Bernhard Grimm

Allersberger Strasse 14 - 91161 Hilpoltstein
Telefon: (09174) 977637 - Telefax: (09174) 977638

2

Name: _____

Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Bayern oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch unsere Zahnarztpraxis zu.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

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

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Hilpoltstein, den _____

Datum

Unterschrift