



Patienten- Erhebungsbogen für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Name, Vorname		Krankenversicherung	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		Basis / Standardtarif (für Privat-Patienten)	Telefonnummer
Hauszahnarzt		Beruf	Dermatologe
Hausarzt	E-Mail Adresse		

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig, damit wir bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt lassen.

Leiden Sie unter, nehmen Sie, sind Sie oder haben Sie (bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen):

in ständiger ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, wegen welcher Krankheit(en)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
regelmäßig sogenannte Blutverdünner ein? Wenn ja, welche? (z. B. ASS, Marcumar, Plavix ,Eliquis etc.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
regelmäßig sogenannte Bisphosphonate (Medikament gegen Osteoporose oder Krebsleiden) ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
regelmäßige sonstige Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergien ? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
organische Herzleiden (z. B. Herzklappenfehler, Bypass-OP, Herzklappenersatz etc.)? Welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Atembeschwerden ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja, insulinpflichtig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nervenerkrankungen (z.B. Epilesie, Parkinson, Demenz, Alzheimer etc.)? Welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.)? Welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Suchtkrankheiten (Alkohol, Nikotin, Drogen)? Welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Röntgenaufnahmen vom Kopfbereich der letzten 6 Monate?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
eine Neigung zu blauen Flecken / Nachblutungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
schwanger ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nur für Implantatpatienten: Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen? (wir informieren Sie dann in regelmäßigen Abständen über anstehende Kontrolluntersuchungen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie damit einverstanden dass ggf. in unserer Praxis angefertigte Röntgenaufnahmen an	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

weitere Behandler verschickt oder per pseudonymisierter (unverschlüsselter) E-Mail übermittelt werden dürfen?

Datum

Unterschrift(Patient oder gesetzlicher Vertreter)

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Herrn / Frau

Anschrift

Ich habe den Aushang „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ zur Kenntnis genommen. Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis ...**Dr. Jann Voltmann & Dr.Rahil Korkis**...meine Daten auch über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, sonstige mitbehandelnde Leistungserbringer, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung meiner Daten kann auf freiwilliger Basis erfolgen und ich kann mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und somit die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.
- **Folgende Personen dürfen medizinische Formulare/Bescheinigungen (AU-Bescheinigungen, Rezepte, ...) abholen und medizinische sowie Termininformationen mit der Praxis austauschen:**

.....
Name, Geburtsdatum

.....
Name, Geburtsdatum

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf an die oben genannte Praxis zu richten.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift