Annahme

Keweloh
PRAXISKLINIK

Name, Vorname | w/m | Geb.datum

Name des Versicherten, Vorname | w/m | Geb.datum

Straße | PLZ, Wohnort

Telefon | Fax | E-Mail

Krankenkasse

Beruf | Arbeitgeber

Straße | PLZ, Ort

Telefon

Überweisender Arzt

Haus-Zahnarzt | Ort

Hausarzt | Ort

JA	NEIN	
☐	☐	**Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?** Wenn ja, warum? _____
☐	☐	Sind, oder waren, bei Ihnen bestimmte **Organe** erkrankt?
☐	☐	a. **Herz** (z.B. Infarkt, Schrittmacher, Angina Pectoris, Herzschwäche)?
☐	☐	b. **Blutdruck** (Hochdruck, Medikamenteneinnahme)?
☐	☐	c. **Magen-, Darmgeschwür?**
☐	☐	d. **Leber** (Alkohol, Hepatitis A/B/C (infektiös?)) Trinken Sie viel Alkohol?
☐	☐	e. **Nieren?** (Funktionsschwäche, Dialyse, Transplantation, ...)
☐	☐	f. **Lunge** (Lungenentzündung, Tuberkulose, Raucher, ____ Zig. pro Tag)?
☐	☐	g. **Schilddrüse** (Überfunktion, Unterfunktion)?
☐	☐	h. **Stoffwechselkrankheiten** (z.B. Zuckerkrankheit)?
☐	☐	i. **Schlaganfall,** Nerven-, Hirn- (z.B. Epilepsie), Muskelerkrankung?
☐	☐	j. **Operationen?** Welcher Art? Vor-OP im Kopfbereich? _____
☐	☐	k. **Tumorerkrankungen?** (an Organen, Leukämie)
☐	☐	l. **HIV**

JA	NEIN	
☐	☐	Gab es schon einmal Komplikationen bei der Injektion einer **Spritze zur örtlichen Betäubung?**
☐	☐	Nehmen Sie zur Zeit bzw. ständig Medikamente ein (z.B. Gerinnungsmed., Diabetesmed., Bisphosphonate, ...)? Wenn ja, welche? _____
☐	☐	Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Penicillin, Gelatine, ...)? Wenn ja, welche? _____
☐	☐	**Sind Sie schwanger?**
		Wann wurden Sie letztmalig geröntgt? (Kopf, Zähne, Körper) _____
☐	☐	a. Liegt ein Röntgenpass vor?

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, Ihre Daten werden aber in der EDV gespeichert. Die Praxisklinik Keweloh unterliegt dem Bestellsystem: OP-Termine müssen einen Werktag zuvor (mind. 24h vorher bzw. bei Vollnarkoseterminen 3 Tage zuvor) abgesagt werden. Entsprechend der OP-Zeit werden mindestens € 100 in Rechnung gestellt. Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sollten die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen einlesen lassen, ansonsten können die entstandenen Kosten vom behandelnden Arzt privat in Rechnung gestellt werden. Auf Rechtsansprüche aus Wartezeiten wird verzichtet. Bitte markieren Sie dies ausdrücklich, falls Sie Einwände gegen den E-Mailversand Ihrer Röntgenaufnahmen haben: ☐ Ich versichere hiermit, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig sind.

Ort, Datum | Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Praxisklinik Keweloh
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | Oralchirurgie

Bahnhofplatz 3
73525 Schwäbisch Gmünd

Telefon 07171 999774
Fax 07171 999776

E-Mail info@praxisklinik-keweloh.de
Web praxisklinik-keweloh.de

BIN ICH FROH · BIN ICH FROH ·

Annahme

Keweloh
PRAXISKLINIK

Datenschutzrechtliche Einwilligung Patient:

Ich, _____ (kompletter Name, Geburtsdatum) habe die Praxisinformationen zu Datenschutz und Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen. Sie wurden mir ausgehändigt. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

_____

Datum, Unterschrift

Einwilligung Patient für Informationsaustausch mit Angehörigen Patient

Ich, _____ (Name, Geburtsdatum) stimme zu, dass folgende in der Praxis bekannte Personen

_____ (Name)

_____ (Name)

nach Identitätsabgleich Termininformationen einholen, Termine vereinbaren bzw. ändern dürfen, Befundinformationen einholen dürfen und Rezepte, Taxischeine, Krankenhauseinweisungen, Krankenhausaufenthaltsberichte, Überweisungen, AU-Bescheinigungen, Verordnungen häuslicher Krankenpflege sowie sonstige Formulare bestellen und abholen dürfen. Desweiteren dürfen sie sich über meinen Gesundheitszustand erkundigen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

_____

Datum, Unterschrift

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Liebe Patientin, lieber Patient, mit unseren „Informationen zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief) bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen.

Hiermit willige ich, _____ (Name, Geburtsdatum, Adresse) ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der Keweloh Praxisklinik, Bahnhofplatz 3, 73525 Schwäbisch Gmünd

- an den weiterbehandelnden Arzt _____ (Name)
- an das Krankenhaus _____ (Name)
- an das Labor _____ (Name)
- an _____ (Name)

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.
Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht, um die Befunde an die Keweloh Praxisklinik zu übermitteln.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Praxisklinik Keweloh
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | Oralchirurgie

Bahnhofplatz 3
73525 Schwäbisch Gmünd

Telefon 07171 999774
Fax 07171 999776

E-Mail info@praxisklinik-keweloh.de
Web praxisklinik-keweloh.de

BIN ICH FROH · BIN ICH FROH