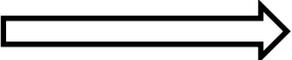


Name, Vorname		Adresse	
(Mobil-)Telefon		Überweisender Arzt	
Email:		Zahnarzt	
Beruf:		Hausarzt	
Geburtsdatum:		Größe:	Gewicht:
Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Menge:			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Menge:			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Gerinnungsstörung bekannt? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leiden sie an Bluthochdruck ?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Herzerkrankung ? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert? Was?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Allergien gegen Medikamente, Latex, Lokalanästhetika bekannt? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit/Kinderkrankheit (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis, ...) bekannt? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Magenerkrankung bekannt? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes ?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihre Nierenfunktion eingeschränkt ?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Lebererkrankung bekannt? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung ? Welche?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Therapie?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie früher schon einmal im Kopf/Halsbereich operiert ? Wenn ja, wann und aus welchem Grund?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Datum:		Unterschrift:	

Bitte wenden! 

Name des Patienten:	
---------------------	--

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, (z.B. Kardiologen, Pathologen) übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

Folgende Daten dürfen an dritte behandelnde Ärzte übermittelt werden

- Befunde Röntgenbilder Arztbriefe

- Ich bin damit einverstanden, dass folgender Übermittlungsweg gewählt werden darf:

- Telefon Post Fax email verschlüsselt

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Das Informationsblatt „Patienteninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift