



Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. W. Szumski

Name:                      Vorname:

Hauptversicherer:

Anschrift

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:..... Mobil: .....

E-mail: .....

Krankenversicherung:    gesetzlich     privat     Beihilfe     Zusatzversicherung

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

( ja ) ( nein ) Leiden Sie an hohem oder niedrigem Blutdruck?     hoch /  niedrig

( ja ) ( nein ) Leiden Sie unter einer Blutgerinnungsstörung?

( ja ) ( nein ) Erlitten Sie bereits einen Schlaganfall? Wenn ja, wann? .....

( ja ) ( nein ) Liegt bei Ihnen eine Herzerkrankung vor?

( ja ) ( nein ) Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

( ja ) ( nein ) Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit / Diabetes vor?

( ja ) ( nein ) Liegt bei Ihnen eine Infektionskrankung vor?     HIV/Aids     Hepatitis     Tuberkulose

( ja ) ( nein ) Liegt bei Ihnen eine Erkrankung vor die nicht aufgeführt wurde?  
Wenn ja, welche?  
.....

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche?  
.....

( ja ) ( nein ) Liegen bei Ihnen Allergien vor?  
Wenn ja, welche?  
.....

( ja ) ( nein ) Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung am Kopf durchgeführt? .....

( ja ) ( nein ) Rauchen Sie?

( ja ) ( nein ) Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn Ja, in welcher Woche? .....

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung über...**

- Zahnfarbene Füllungsversorgung?
- Zahnaufhellung / Bleaching?
- Invisalign Go - Zahnkorrektur?
- Zahnersatz?

Berlin, den

Unterschrift .....

Als besonderen Service bieten wir einen Erinnerungsservice (SMS) für Vorsorge- und Prophylaxetermine an. Möchte Sie sie diesen Service nutzen?

Ich stimme der Kommunikation per SMS oder Email zu, und entbinde Dr. W. Szumski insoweit von der Schweigepflicht, um das Medium nutzen zu können.

nein

Berlin, den ..... Unterschrift .....

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung, beeinträchtigt sein kann.

Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollen deswegen unbedingt eingehalten werden, bzw. spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Nicht eingehaltene Termine können sonst in Rechnung gestellt werden.

Berlin, den ..... Unterschrift .....

**Datenschutz:**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir vorgelegt.

Empfänger Ihrer personbezogenen Daten können vor allem Ärzte / Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern, privatärztliche Abrechnungsstellen und Dentaltechniklabore ein.

Berlin, den ..... Unterschrift .....