

DR. MED. DR. MED. DENT. OLIVER STARKE

Praxis für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie
- Plastische und Ästhetische Operationen -

im Gesundheitszentrum „Am Klieversberg“
Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg



Gesichtschirurgie am Klieversberg

PRAXISBOGEN - Seite 1 von 2

Name: Vorname:
Geburtsdatum: PLZ, Ort: ,
Straße:

evtl. Hauptversicherter/Eltern/Betreuer:

Name: Vorname:
Geburtsdatum: PLZ, Ort: ,
Straße:

Telefon privat: Telef. dienstl.: Mobil:
Krankenkasse: Privatversicherung:
Hausarzt:
Haus-Zahnarzt:

Wir gehen sehr sorgsam und äußerst vertraulich mit all Ihren Daten um. Die Sicherheit Ihrer Daten liegt uns sehr am Herzen! Auf Grund der aktuellen Gesetzeslage benötige ich jedoch von Ihnen eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Als Patient/Patientin willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine erhobenen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten (z.B. Röntgenbilder, Fotos) elektronisch verarbeitet, gespeichert und ggf. dem mitwirkenden und/oder überweisenden Zahnarzt/Arzt, der jeweiligen Krankenversicherung, dem zahntechnischen/mikrobiologischen/pathologischen Labor, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen und z.B. bei schlechter Zahlungsmoral ggf. auch Rechtsanwälten und Inkassounternehmen mitgeteilt werden dürfen (telefonische, postalische und/oder elektronische Datenweitergabe). Ferner bin ich damit einverstanden, dass beim Hausarzt/Hauszahnarzt vorliegende Befunde und Behandlungsdaten, soweit diese für die Behandlung hier in der Praxis erforderlich sind, angefordert werden können. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Eine detailliertere Aufstellung der Datenschutzinformationen können Sie an der Anmeldung erhalten.

JA NEIN

Wolfsburg, den Unterschrift: _____

Tel.: 05361 / 890 6400
Fax: 05361 / 890 6401
Email: gesichtschirurgie@klieversberg.org
Internet: www.klieversberg.org

IBAN: DE53 2699 1066 1649 7360 01
BIC: GENODEF1WOB
Bank: Volksbank BraWo
DSVGO: datenschutz@klieversberg.org





Name:

PRAXISBOGEN - Seite 2 von 2

Waren Sie vor kurzem noch in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? ja nein unbekannt

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. ASS, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)

- derzeit oder früher Bisphosphonate (z.B. Zometa, Aredia)

Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? (Allergiepass?)

Treten bei Ihnen nach Verletzungen und Zahntentfernungen stärkere Blutungen auf?

Leiden oder litten Sie an nachstehend aufgeführten Krankheiten:

ja nein unbek.

ja nein unbek.

Herzerkrankung (Klappenersatz, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Endokarditis)?

Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS/HIV, Lues/Syphillis)?

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzpass?

Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie, MS)?

Hoher / Niedriger Blutdruck?

Grüner Star (Glaukom)?

Blutarmut (Anämie)?

Rheuma?

Schlaganfall?

Schilddrüsenerkrankung?

Atemwegs-/Lungenerkrankungen?

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse)?

Organtransplantation?

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)?

Andere Operationen (z.B. Gelenkersatz, Tumorentfernung)?

Magen-Darm-Erkrankung?

Osteoporose?

Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist? Wenn ja, an welcher?

ja nein unbek.

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Datum:

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel?

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Größe: cm

Gewicht: kg

Wolfsburg, den

Unterschrift: _____

