



Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bitte füllen Sie uns zu unserer Information diesen Bogen vor der Behandlung aus und geben ihn an der Anmeldung wieder ab.

Patient : _____
Name _____ Vorname _____ Geburtstag _____

Anschrift : _____
Strasse _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon : _____
Privat _____ Beruflich _____

Beruf : _____ E-Mail : _____

- Versicherungsstatus : - Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Beihilfe
- private Zusatzversicherung
- Basis-Tarif

Für eine komplikationslose Behandlung benötigen wir noch folgende Angaben:

Besteht bei Ihnen eine

- Erkrankung des Herz-/ Kreislaufsystems ? _____
- Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis B oder C, HIV) ? _____
- Arzneimittelüberempfindlichkeit ? (wenn Ja, gegen....) _____
- andere wichtige Erkrankung (z.B. Diabetes) ? _____
- Schwangerschaft ? Ja Nein wenn Ja, in welchem Monat: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ? Ja Nein

- wenn Ja, welche: _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung (nicht nur beim Zahnarzt) ? _____

Durch wen sind Sie empfohlen bzw. überwiesen worden ? _____

Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung von uns für Ihren nächsten Kontroll- oder Prophylaxe-Termin ?

Ja Nein

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsverweigerungsrecht geltend zu machen!

Außerdem möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass im Rahmen der Behandlung vom jeweiligen Behandler oder anderen Mitarbeitern der Dr. Kaiser, Schumacher & Kollegen, MVZ am Werdersee GmbH weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Erklärungen:

Ich habe jederzeit das Recht, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

Mir ist bekannt, dass meine Erklärungen auch für zukünftige Behandlungen gelten und vor jeder neuen Behandlung widerrufen werden können.

Die Datenschutzerklärung der Dr. Kaiser, Schumacher & Kollegen, MVZ am Werdersee GmbH wird mir an der Rezeption zur Ansicht zur Verfügung gestellt.

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis eingesehen oder auch auf Wunsch als Kopie an mich ausgehändigt werden kann.

Ebenso kann ich auch eine Kopie dieses Anamnesebogens jederzeit auf Wunsch erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen des Erinnerungsservice an meinen nächsten Kontrolltermin genutzt werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit formlos widerrufen.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass ausschließlich für meine weitergehenden Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, wie Ärzten, Laboren etc. Daten wie Röntgenbilder, Laborberichte etc. übermittelt oder angefordert (z.B. mittels Arztbrief) werden dürfen (Schweigepflichtentbindung).

Ich werde mündlich im einzelnen darüber vor dem jeweiligen Datentransfer informiert.

Auch diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Die Erklärungen auf diesem Patientenbogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

Bremen, den _____
Datum

Unterschrift

We would like to point out that this medical history form is filled out on a voluntarily. You always have the opportunity to assert your right of withholding information.

We would also like to draw your attention to the fact that, as a part of your treatment at Dr. Kaiser, Schumacher & Kollegen MVZ am Werdersee GmbH, you can request the data required for the success of the treatment, the treatment documentation or the billing.

Deposition:

I have the right to revoke this whole consent (or partially) at any time by writing an email. I am aware that my right to have my data deleted only applies in the future.

I am aware that my deposition also applies to future treatments however can be revoked before any new treatment.

The private policy declaration of Dr. Kaiser, Schumacher & Colleagues, MVZ am Werdersee GmbH will be available to me at the registration desk if needed.

I have read the private policy declaration and acknowledged it.

I am aware that the private policy declaration can be viewed at any time or can be handed to me as a copy on request.

Moreover, I can receive a copy of this anamnesis sheet at any time on request.

I agree that my data can be used for my next check-up appointment, as part of the reminder service.

I can informally revoke this consent at any time.

I also agree that my data such as laboratory reports and treatment plans can be requested and sent to other doctors, laboratories etc. (release from the obligation to indulge).

I will be informed verbally before transferring my medical data to other doctors.

I can revoke this consent at any time.

I understand the depositions on this patient form. The suggested treatment plan or contract does not depend on the given information.

I confirm that this consent

Bremen, den _____
Datum

Unterschrift