



<b>Herz/Kreislauf:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina Pectoris <input type="checkbox"/></li> <li>• Bypass-OP <input type="checkbox"/></li> <li>• Stent <input type="checkbox"/></li> <li>• Herzschrittmacher <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/></li> <li>• Herzschwäche (Insuffizienz) <input type="checkbox"/></li> <li>• Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Blut:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Plavix, Pradaxa, Xarelto) <input type="checkbox"/></li> <li>• Störung der Blutgerinnung / Blutungsneigung <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Lunge:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma <input type="checkbox"/></li> <li>• Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/></li> <li>• Tuberkulose <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Stoffwechsel:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/></li> <li>• Lebererkrankung <input type="checkbox"/></li> <li>• Osteoporose <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schilddrüsenerkrankung: Überfunktion/Unterfunktion <input type="checkbox"/></li> <li>• Nierenerkrankung <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Nervensystem:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsie <input type="checkbox"/></li> <li>• Depressionen <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamenten-Allergie <input type="checkbox"/></li> <li>• Penicillin-Allergie <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latex-/Gummi-Allergie <input type="checkbox"/></li> <li>• Liegt ein Allergiepass vor? <input type="checkbox"/></li> </ul>

► Gleich ist es geschafft . . .

	Ja	Nein
Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (HIV, AIDS, Hepatitis B/C (Gelbsucht), Tuberkulose, Rheuma, MRSA/MRGN etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals mit Bisphosphonaten behandelt worden? ( z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Schmerzen in der Ohrumgebung bei weiter Mundöffnung oder knirschen Sie? Beschwerden im Kopf/Nackenbereich nach Unfall oder Schlag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen und/oder trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden Sie regelmäßig Drogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte regelmäßig an meinen Kontrolltermin erinnert werden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altenoythe, den

Unterschrift  
(bei Sorge-/Erziehungsberechtigten gesetzliche(r) Vertreter(in))



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. DSGVO

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße u. Haus-Nr.

PLZ

Ort

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

***der Patienten-, Befund-, Röntgen-, Foto- und Abrechnungsdokumentation, konsiliarischen Austauschs mit Kollegen und MKG-/Oralchirurgen sowie labormedizinischer Untersuchungen per Fon, Fax o. E-Mail sowie ggf. Weitergabe Ihrer Daten (bei Privatleistungen) an Inkasso-Dienstleister zur Geltendmachung unserer Forderungen***

durch die Praxis zu.

Ich habe die in der Rezeption der Altenoyther Zahnarztpraxis C.M. Kreilkamp ausliegende Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ferner möchte ich am Recallprogramm der Altenoyther Zahnarztpraxis C.M. Kreilkamp teilnehmen.

Dazu darf ich von der Praxis per Postkarte, Brief, E-Mail oder SMS kontaktiert werden:

JA

NEIN

Auch diese Einverständniserklärung zum Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ich möchte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung:

JA

NEIN

Altenoythe, den

Unterschrift

(bei Sorge-/Erziehungsberechtigten gesetzliche(r) Vertreter(in))