

Herzlich Willkommen ...

in der Ordination Dr. Pawel Kubitzky. Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen benötigen wir im Vorfeld einige Informationen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Wir bitten Sie die nachstehenden Fragen gewissenhaft zu beantworten und stehen Ihnen bei Unklarheiten selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Patientendaten

Familienname	Bei Kindern Name des Vaters / der Mutter
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Nr.	
PLZ und Ort	Krankenkasse / Versicherung
Telefonnummer	Vers.-Nr.
Empfohlen durch / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
Grund der Konsultation	

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand *(bitte zutreffendes Ankreuzen)*

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____	Häufige Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> Rheumatismus <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Röntgen- oder Radiumtherapie
Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____	
Bestehen Allergien oder Überempfindlichkeiten auf Spritzen, Medikamente, Metalle, etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____	
Bestehen Infektionserkrankungen? (Hep B, Hep C, HIV, etc) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie Schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Substanzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____
Blutet dabei das Zahnfleisch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre Zähne empfindlich? <input type="checkbox"/> auf Kälte <input type="checkbox"/> auf Wärme <input type="checkbox"/> beim Kauen
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie eine schmerzstillende Injektion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Ihre Daten sind uns wichtig!

Bitte lesen Sie nachfolgende Informationen zur Datenspeicherung sorgfältig durch. Wir verwenden Ihre persönlichen Daten weder zu Werbezwecken noch anderweitig losgelöst von Ihrer Behandlung.

Persönliche Daten & Gesundheitsdaten

Ihre persönlichen Daten, zu denen auch Ihre Kontaktdaten wie Telefonnummer, Adresse und E-Mail-Adresse gehören, sowie Angaben zu Ihrer Gesundheit werden in unserem System hinterlegt. Wir nutzen diese Daten ausschließlich zu Ihrer medizinischen Betreuung und um sie an wichtige Termine wie Kontrollen oder Mundhygiene zu erinnern.

Speichern, Verarbeiten und Weiterleiten von Bildaufnahmen und medizinischen Daten

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Einwilligung zur Datenspeicherung ja nein

Erinnerung zu Terminen darf erfolgen? ja nein

per Post SMS eMail

Einwilligung zur Datenweiterleitung ja nein

Bitte beachten Sie: für eine optimale Behandlung ist Ihre Einwilligung notwendig.



Ort * Datum * Unterschrift