



Dr. med. dent. Corinna Bertruleit

Holstenstraße 88/90, 24103 Kiel, Tel: 0431-95225

Sehr geehrte Patienten,

aus datenschutzrechtlichen Gründen möchten wir Sie bitten, ergänzend folgende Erklärung zu unterzeichnen:

Ich habe die Praxisinformation, die im Wartezimmer und an der Anmeldung sichtbar aushängt, gelesen und entbinde sowohl die Ärzte Dr. C. Bertuleit, Dr. M. Wilckens, Dr. A. Mühlenhardt, I. Lorentzen und S.Schäfer die in der Praxisgemeinschaft tätig sind, ausdrücklich von der Schweigepflicht untereinander, um im Vertretungs- oder Konsiliarfall die lückenlose Betreuung sicherstellen zu können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zusatzuntersuchungen (zum Beispiel Laboruntersuchungen) meine entsprechend notwendigen Patientendaten an die untersuchende Einrichtung (Labor) und deren Abrechnungsstelle übermittelt wird.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass der überweisende Arzt und andere mitbehandelnden Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.

Diese Erklärung bezieht sich auch auf in dieser Praxis befindliche Behandlungsfälle von Minderjährigen oder sonstigen Personen, für die ich ein Betreuungsrecht ausübe.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen können.

Die Abfrage der Untersuchungsbefunde (wie zum Beispiel Facharztberichte) liegt im Verantwortungsbereich des Patienten. Hierfür ist ein Besprechungstermin mit den Mitarbeiterinnen an der Anmeldung oder telefonisch zu vereinbaren. Die Praxis teilt Befundergebnisse nicht am Telefon oder einer dritten Person mit, außerdem werden Befundberichte oder -ergebnisse nicht per E-Mail versendet.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift des Patienten ggf gesetzl Vertreter

Anmeldeformular

Angaben zur Person

Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr: _____

PLZ und Wohnort: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Mobil: _____

Wenn Sie sich in einer Einrichtung befinden, benötigen wir folgende Auskunft

Name der Einrichtung: _____ Telefon: _____

Name des Betreuers: _____ Mobil: _____

Angaben zur Versicherung

Wie sind Sie versichert?

- Gesetzlich bei folgender Krankenkasse: _____
 - Zusatzversichert bei: _____

- Privat bei folgender Krankenkasse: _____
 - Basistarif (2,0 fach)
 - Vollversichert
 - Anspruch auf Beihilfe

Sind Sie über jemanden versichert?

Wenn ja, benötigen wir folgende Angaben

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="radio"/> Nein | Familienname: _____ |
| <input type="radio"/> Ehefrau/-mann | Vorname: _____ |
| <input type="radio"/> Mutter | Geburtsdatum: _____ |
| <input type="radio"/> Vater | Straße und Hausnr: _____ |
| <input type="radio"/> Anderer gesetzlicher
Vertreter | PLZ und Wohnort: _____ |

Datum

Unterschrift des Patienten ggf gesetzl. Vertreter

Angaben zu Ihrer Anamnese

Bitte lesen Sie sich alles sorgfältig durch und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß. Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.

- | | ja | nein | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Leiden Sie an Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Leiden Sie an Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten oder haben Sie ein Schilddrüsenleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Hatten Sie je Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie eine Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Hatten oder haben Sie HIV / AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten oder haben Sie ein Leberleiden?(z.B. Gelbsucht oder Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Haben Sie epileptische Anfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fehlen Impfungen bzw. Andere notwendigen Impfungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Bestand mal ein Unfall im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie Allergien? (z.B. Latex, Penicillin,...)?
Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Wurden/werden Sie aufgrund von Osteoporose mit Bisphosphonaten behandelt (z.B. Aedina, Bontronat, Fosamax, Actonel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist ein Allergiepass vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Zahnbereich geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 17. Rauchen Sie?
Wie viele ca.? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Erkrankungen oder wichtige Informationen für die Praxis

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche? :

Datum

Unterschrift des Patienten ggf gesetzl. Vertreter

**Bitte beachten Sie, dass wir eine Terminpraxis sind. Um Ihnen und den anderen Patienten kurze Wartezeiten zu ermöglichen, bitten wir Sie pünktlich zu Ihrem Termin zu erscheinen und bei Nichteinhaltung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichtabsage der Termine behalten wir uns vor, eine weitere Behandlung abzulehnen, bzw. Ihnen ein Ausfallhonorar zu berechnen.
Ich habe die Aufklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden**

Datum

Unterschrift des Patienten ggf gesetzl. Vertreter

Ich (Name,Geburtsdatum)_____

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. dent. Corinna Bertuleit, Holstenstraße 88/90,24103 Kiel, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde informiert über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Physiotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Über die Folgen eines Widerrufs bin ich aufgeklärt worden

Datum

Unterschrift des Patienten ggf gesetzl. Vertreter

Noch eine letzte Frage; Wie haben Sie von uns erfahren?

- Internet
auf Empfehlung von _____
andere Quelle _____

Vielen Dank für Ihre Mühe