

**Aufnahmebogen (Anamnese)**

Name, Vorname: .....

Geb.datum: ..... Telefon: .....

PLZ, Ort, Straße: .....

Beruf: .....

**Leiden Sie an:**

Blutungsneigung:

Herzschrittmacher:

Allergien (Überempfindlichkeiten gegen Medikamente etc.):

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Zuckererkrankung (Diabetes):

Infektionen (Hepatitis, Tbc, HIV, etc.):

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie ständig Medikamente ein?:

Schwangerschaft: ja  nein

Empfohlen durch:

Ich bin mit dem Erinnerungsservice einverstanden (Recall): ja  nein

Worauf legen Sie besonderen Wert bei Ihrer Behandlung?:

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen **Daten** für folgenden Zweck zu:

Dentallabor  Gutachterwesen  bei Überweisungen (z. B. Kieferchirurgie)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (E-Mail oder Brief)

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

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient