



Dres. Schupp & Schäffer
Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Eisenbahnstraße 68
79098 Freiburg

Vegetative Erkrankung:	Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Stoffwechsel-Erkrankung:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? (Behandlung mit <input type="checkbox"/> Diät / <input type="checkbox"/> Tabletten / <input type="checkbox"/> Insulin) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Magen-Darm-Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Knochenabbau/Osteoporose/Knochenmetastasen? (Behandlung mit Bisphosphonaten <input type="checkbox"/> oral / <input type="checkbox"/> intravenös) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptische Anfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krämpfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Bluterkrankung:	Blutungsneigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Infektions-Erkrankung:	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C/D/E)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tuberkulose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ MRSA-Erkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Prionen-Erkrankung (Creutzfeld-Jakob-Krankheit CJK / vCJK)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Weitere Angaben:	Sind Sie oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rauchen Sie? bis zu 10 pro Tag <input type="radio"/> mehr als 10 pro Tag <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Letzte Röntgen-Untersuchung:	_____
Schwangerschaft:	Wenn ja, welcher Monat: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlung:	Wenn ja, warum: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Dres. Schupp & Schäffer
Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Eisenbahnstraße 68
79098 Freiburg

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Den Aushang im Wartezimmer "Information zur Erhebung personenbezogener Daten" habe ich zur Kenntnis genommen. Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (oder der Daten der von mir betreuten Person) durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum, Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Ich stimme außerdem zu, dass meine personenbezogenen Daten und die Gesundheits- sowie Behandlungsinformationen an die mitbehandelnden Ärzte für die vorliegende Behandlung weitergegeben werden sowie, dass von den mitbehandelnden Ärzten entsprechende Informationen eingeholt werden. Insofern entbinde ich die betreffenden Ärzte von der Schweigepflicht. Dies gilt für folgende Ärzte und deren Teams:

_____ (Arzt, Praxis, Anschrift)

_____ (Arzt, Praxis, Anschrift)

_____ (Arzt, Praxis, Anschrift)

_____ (Arzt, Praxis, Anschrift)

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

Datum, Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Ich stimme außerdem zu, dass ich zur Vereinbarung eines Termins zur Nachuntersuchung angerufen oder angeschrieben werde. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum, Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter