

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.



Praxis für MKG-Chirurgie

Dr. Dr. Frank **Renné**
René **Rammholdt**

Ärzte für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie

Hermannstraße 12 b
41061 Mönchengladbach

Telefon 02161_203 01
Telefax 02161_203 02
info@my-mkg.de
www.my-mkg.de

PATIENT/IN

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Geburtsdatum Geschlecht m w

Telefon _____ Beruf _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ Zahn-Zusatz-Versicherung

VERSICHERTER / RECHNUNGSEMPFÄNGER (FALLS ABWEICHEND VOM PATIENTEN)

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Geburtsdatum Geschlecht m w

BEHANDELNDE ÄRZTE

Überweisender Arzt / Zahnarzt

Hausarzt

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Erkrankungen von Herz, Kreislauf, Lunge	nein	Krampfleiden (Epilepsie)	nein
Infektionskrankheiten (z. B. HIV, TBC, Hepatitis, COVID 19)	nein	sonstige Erkrankungen	nein
Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	nein	Blutgerinnungsstörungen	nein
Allergien	nein	Blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS, Plavix ...)	nein
Arzneimittelunverträglichkeiten	nein	Medikamente für den Knochenstoffwechsel (z. B. Bisphosphonate)	nein
Medikamente			nein

Sonstiges (z. B. Nikotin- oder Drogenkonsum, Schwangerschaft, Gesetzlicher Betreuer)

ICH BESTÄTIGE DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN

Ich weiß, dass ich nach ambulanten Eingriffen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf!

Datum und Unterschrift



für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art.6, 7
Abs.1 lit. a DSGVO

PATIENT/IN

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten und dem Austausch mit anderen Ärzten zum Zweck der Behandlung durch die Praxis zu.

Unterschrift

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).

Mönchengladbach, den _____

Unterschrift

Vielen Dank.

Ihre Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

Dr. Dr. Frank **Renné** & René **Rammholdt**