**Confidential Medical History Form**

Anrede: Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Adresse:

Telefonnummer: E-Mail:

Sind Sie schwanger oder möglicherweise schwanger?

Haben Sie oder hatten Sie jemals **(bitte schreiben Sie JA oder NEIN)**

-Allergie gegen Medikamente (z.B. Penicillin)

Bitte listen Sie Ihre Allergien auf:

- Bronchitis, Asthma oder andere Erkrankungen der Brust?

- Ohnmachtsanfälle, Schwindel, Krampfanfälle, Epilepsie?

- Herzkrankheit, Angina, Bluthochdruck oder Schlaganfall?

- Zuckerkrankheit?

- Knochen- oder Gelenkerkrankung?

- Anhaltende Blutergüsse oder Blutungen nach Trauma, Zahnextraktion oder Operation?

- Lebererkrankung (z. B. Gelbsucht, Hepatitis) oder Nierenerkrankung?

- Irgendeine andere schwere oder ansteckende Krankheit?

 Bitte listen Sie Krankheiten auf:

- Schlechte Reaktion auf Lokal- oder Vollnarkose?

- Herzoperation?

Bitte listen Sie JEDES Medikament auf, das Sie einnehmen:

Wie soll die Video-Beratung stattfinden? (Bitte schreiben Sie WhatsApp, FaceTime oder Skype und Ihre Nummer oder Ihren Benutzernamen, damit wir Sie kontaktieren können.)

Unterschrift: Datum:

(Wenn Sie dieses Formular auf einem Computer ausfüllen, schreiben Sie einfach Ihren Namen)

**Einverständniserklärung zum Datenschutz**

Der Datenverantwortliche ist: English Dental Center SLU (Handel als Dental Center Mallorca)

Wir sammeln Ihre persönlichen Daten, um Ihnen die Gesundheitsversorgung zu erleichtern. Ihre Daten können auch für die administrative Verwaltung und Abrechnung der erbrachten Dienstleistungen verwendet werden. Die in der Krankenakte enthaltenen Gesundheitsdaten werden gesetzlich mindestens 5 Jahre lang aufbewahrt.

Sie können Ihre Rechte auf Zugang, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Löschung, Widerspruch und Portabilität ausüben, indem Sie sich persönlich oder über die folgende E-Mail an die Klinik wenden: dentalcentremallorca@gmail.com. Sie haben auch das Recht, die Einwilligung zu widerrufen und bei der Kontrollbehörde (Spanische Agentur für Datenschutz) Ansprüche geltend zu machen.

Ihre Zahlung erfolgt über PayPal, einen sicheren Zahlungsdienst. Wenn Sie eine Online-Zahlung über PayPal vornehmen, erhalten wir Ihre Kartendaten nicht.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem oben Gesagten zu und ermächtigen uns, Ihre persönlichen Daten zu sammeln. Sie ermächtigen uns auch, Sie per Telefon, SMS, E-Mail, Skype, FaceTime und / oder WhatsApp zu kontaktieren, um Ihre Online-Beratung zu planen, durchzuführen und zu verfolgen.

Unterschrift: Datum:

(Wenn Sie dieses Formular auf einem Computer ausfüllen, schreiben Sie einfach Ihren Namen)