



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 20.10.2020

Versicherte(r)

**Dokumentation zum Patientengespräch:**  
Allgemeinanamnese

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
ProZahn Domin und Kollegen - Zahnärzte Horsterstr. 137 45968 Gladbeck	
Behandelnde(r) Arztin/Arzt:	Arzt-ID
Frau Dr. Julia Domin	1

**■ Anamnese**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja  
N = Nein

**Kontakt**

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

**Allgemein**

Alter: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  w  m

Für Frauen:

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? J  N

Könnten Sie Schwanger sein? J  N

Stillen Sie? J  N

Haben Sie ein Bonusheft? J  N

**Alkoholkonsum**

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? J  N

Wenn ja, was und wieviel?

**Tabakkonsum**

Rauchen Sie? J  N

Wenn ja, wieviel?

**Behandlung**

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion (z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)? J  N

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? J  N

Wenn ja, weswegen?

**Medikamente**

Nehmen Sie Bisphosphonate? J  N

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)? J  N

Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?



## Allgemeinanamnese

### Bluttransfusion

- Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? J  N
- Kam es dabei zu Komplikationen? J  N
- Haben Sie vor dem jetzigen Eingriff Blut gespendet? J  N

### Gerinnungsstörungen

- Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Gerinnungsstörungen:
- Entstehen blaue Flecken/Nasenbluten? J  N
- Blutarmut (Anämie)? J  N

### Allergien

- Leiden Sie an Allergien? J  N
- Wenn ja, an welchen?

### Krebserkrankungen

- Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? J  N
- Wenn ja, an welcher?

### Herz-/Kreislaufkrankungen

- Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-/Kreislaufkrankungen:
- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? J  N
- Herzfehler? J  N
- Angina pectoris (Brustschmerzen)? J  N
- Herzinfarkt? J  N
- Herzmuskelentzündung? J  N
- Durchblutungsstörungen? J  N
- Erhöhter Blutdruck? J  N
- Erniedrigter Blutdruck? J  N
- Krampfader (Varizen)? J  N
- Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)? J  N
- Andere Herz-/Kreislaufkrankungen? J  N

### Infektionskrankheiten

- Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten:
- Hepatitis? J  N
- Tuberkulose (Tbc)? J  N
- HIV-positiv (AIDS)? J  N
- Andere Infektionskrankheiten? J  N

### Schilddrüsenerkrankungen

- Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Schilddrüsenerkrankungen:
- Schilddrüsenvergrößerung/Kropf? J  N
- Schilddrüsenüberfunktion? J  N
- Schilddrüsenunterfunktion? J  N
- Hashimoto-Thyreoiditis? J  N

### Stoffwechselerkrankungen

- Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen:
- Diabetes mellitus? J  N
- Gicht/Porphyrrie? J  N
- Osteoporose? J  N

### Nervenerkrankungen

- Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?
- Epilepsie J  N
- Polyneuropathie J  N
- Multiple Sklerose J  N
- M. Parkinson J  N

### Frühere Operationen

- Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen:
- Verstärkte Blutungen? J  N
- Abszesse/Eiterungen/Fisteln? J  N
- Verzögerte Heilung? J  N
- Verstärkte Narbenbildung? J  N
- Thrombosen/Embolien? J  N
- Sonstige Besonderheiten? J  N



**Gibst es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?**

### Ästhetik

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe- bzw. stellung zufrieden? J  N   
Besteht Interesse an Bleaching? J  N

### CMD

Knrtschen oder pressen Sie mit den Zähnen? J  N

### Zahnersatz

Haben Sie Interesse an Zahnersatz in einer Sitzung? J  N

### Schnarchen

Schnarchen Sie oder haben Sie nachts Atemausstzer? J  N

### Sport

Betreiben Sie einen körperlich intensiven Sport wie Hockey oder Fußball? J  N   
Haben Sie Interesse an einer PlaySafe-Schiene? J  N

### Aufmerksam

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Homepage
- Google
- Empfehlung
- Ärztehaus
- Flyer
- Golfclub

### Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein.
- Ich willige nicht ein.

### Unterschrift

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: Gladbeck, 20.10.2020

**Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei  
Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten  
Behandlungstermins**

zwischen Frau Dr. Julia Domin

Zahnarzt

und

Patient/Zahlungspflichtigem/Geburtsdatum

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen (auf Grundlage des Stundensatzes von 120 €)

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Zahnarzt

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl.  
Vertreter