



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 15.11.2023

Versicherte(r)

**Dokumentation zum Patientengespräch:**  
Allgemeinanamnese

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
ProZahn	
Domin und Kollegen - Zahnärzte	
Horsterstr. 137	
45968 Gladbeck	
Behandelnde(r) Ärztin/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):

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Vertreter oder Vormund

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer oder Vormund? J  N

Name:

Vorname:

## Allgemein

Alter:

\_\_\_\_\_

Größe:

\_\_\_\_\_

Gewicht:

Geschlecht:  
 W  M  D

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

## Tabakkonsum

Rauchen Sie? J  N

10 Zigaretten und mehr

weniger als 10 Zigaretten

Haben Sie jemals geraucht? J  N

## 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

## Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate? J  N   
(Aclasta®, Actonel®, Bonviva®, Fosamax®, Fosavance®, Zometa®)

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

## Bluttransfusion

Haben Sie schon 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?

Blaue Flecken/Nasenbluten J  N

Blutarmut (Anämie) J  N

## Allergien

Leiden Sie an Allergien? J  N

## Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? J  N



## Allgemeinanamnese

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- 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
- Niedriger Blutdruck J  N
- Krampfadern (Varizen) J  N
- Thrombose/Embolie (z. B. Schlaganfall) J  N
- Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen J  N

### Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatitis J  N
- Wenn ja, welche?  
 Typ-A  Typ-B  Typ-C  Typ-D
- 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
- Typ 1  Typ 2
- HbA1c-Wert  
 über 7 %  unter 7 %
- Gicht/Porphyrie 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

### Augenerkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- Grauer Star J  N
- Grüner Star J  N
- andere J  N

### Ästhetik

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe- bzw. stellung zufrieden?

- J  N

Besteht Interesse an Bleaching?

- J  N

### Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

- J  N

### Zahnersatz

Haben Sie Interesse an Zahnersatz in einer Sitzung?

- J  N



## Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen?

- |                                 |                            |                            |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Verstärkte Blutungen            | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Abszesse / Eiterungen / Fisteln | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Verzögerter Heilung             | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Verstärkter Narbenbildung       | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Thrombosen/Embolien             | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Besonderheiten         | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

## Schnarchen

Schnarchen Sie oder haben Sie nachts Atemaussetzer?

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

- Homepage
- Google
- Empfehlung durch:

- 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, 15.11.2023

## 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!

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten  
durch die Praxis für Prophylaxe & rekonstruktive Zahnerhaltung Dr. Julia Domin in 45968 Gladbeck**

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Frau Dr. Julia Domin.

1. Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per Telefon, Mail, SMS oder Postkarte ca. 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Abrechnung über externen Dienstleister	Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen ZA AG, Werftstraße 21, 40549 Düsseldorf, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Informationsschreiben	In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen (z.B. Praxis-Urlaub). Hierfür werden Sie von uns per Mail, SMS, Postkarte angeschrieben oder telefonisch informiert.
4. Kontakte mit anderen Institutionen und Unternehmen	Im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Behandlung müssen wir eventuell mit Ihrem Arzt/Zahnarzt, privaten Krankenversicherung, Krankenkasse und auch Datev, Fremdlabore, Sirona CEREC Datenverarbeitung, Röntgendatenverarbeitung, Factoring, Infoskop/Synmedico und der Zahnärztekammer zusammenarbeiten und auf Ihre persönlichen Daten zurückgreifen. Natürlich sind sowohl Umfang und Art der Daten auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Julia Domin und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in



## Allgemeinanamnese

---

### Zeitliches Erstellungsprotokoll

#### Aktionen im Arztmodus

**15.11.2023, 09:11:02:** Formular 'Allgemeinanamnese' geöffnet

**15.11.2023, 09:11:03:** Zurück auf 'Patienten- & Dokumentendaten'

**15.11.2023, 09:11:05:** Weiter auf 'Seite 1'

**15.11.2023, 09:11:17:** Dokument per Email versendet

**15.11.2023, 09:13:17:** Dokument per Email versendet