



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 17.12.2018

Versicherte(r)

**Dokumentation zum Patientengespräch:  
Anamnesebogen**

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
Praxis Dr. Jochen Bastian	
An der Schießmauer 7 89359 Kötz	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID
Dr. Jochen Bastian	2

## ■Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja

N = Nein

### Kontakt

Beruf:

---

Telefon (privat):

---

Telefon (mobil):

---

Email-Adresse:

---

### Allgemein

Geschlecht:  w  m

Für Frauen:

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)?  J  N

Könnten Sie schwanger sein?  J  N

Stillen Sie?  J  N

### Weitere Angaben

Ihr Hauptanliegen:

---

Sind Sie Angstpatient?  J  N

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Jameda
- Homepage
- Zeitung
- Empfehlung

Sonstiges

---

### 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?

## 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-/Kreislaferkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-/Kreislaferkrankungen:

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-/Kreislaferkrankungen?  J  N



## Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten:

- |                               |                            |                            |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Hepatitis?                    | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose (Tbc)?            | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| HIV-positiv (AIDS)?           | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Andere Infektionskrankheiten? | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

## Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Schilddrüsenerkrankungen:

- |                                 |                            |                            |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Schilddrüsenvergrößerung/Kropf? | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenüberfunktion?       | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenunterfunktion?      | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

## Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen:

- |                    |                            |                            |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diabetes mellitus? | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Gicht/Porphyrie?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose?       | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

## 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"/> |
| Verzögerte Heilung?          | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Verstärkte 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"/> |

## Unterschrift

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: Kötz

17.12.2018

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

zwischen

**Dr. Jochen Bastian**

Zahnarzt / Zahnärztin

und

\_\_\_\_\_

Patient/Zahlungspflichtigem

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.

Kötz, 17.12.2018

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl.