



Anamnese (Praxis Dr. René Düringer)

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Angaben zur Person

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Bitte füllen Sie für eine bestmögliche und sichere Behandlung den folgenden Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Sämtliche Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

An unsere Patientinnen vorab....

- ☐ Es besteht eine Schwangerschaft
- ☐ Es besteht KEINE Schwangerschaft
- ☐ Sonstige:

Lag oder liegt bei Ihnen eine Erkrankung folgender Organe vor?

- ☐ Nein. Keinerlei Erkrankung
- ☐ Herz-Kreislauf-System
- ☐ Herzinnenhautentzündung
- ☐ Künstliche Herzklappe
- ☐ Angeborener Herzfehler
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Angina Pectoris („Herzenge“)
- ☐ Niere
- ☐ Lunge
- ☐ Schilddrüse
- ☐ Magen-Darm-Trakt
- ☐ Nervensystem
- ☐ Gelenke
- ☐ Asthma
- ☐ Thrombose
- ☐ Embolien
- ☐ Ja, ich habe weitere folgende Erkrankungen
- ☐ Sonstige:

Trifft bei Ihnen ein/mehrere Punkt(e) zu?

- ☐ Nein. Nichts zutreffend
- ☐ Erhöhter Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ☐ Epilepsie
- ☐ Glaukom (Grüner Star)
- ☐ Tumorerkrankungen
- ☐ Bestrahlung (Kopf-Hals-Bereich)
- ☐ Zustand nach Schlaganfall
- ☐ Osteoporose
- ☐ Bluterkrankungen (z.B. Hämophilie A / B, Trombozytopenie, von Willebrand-Jürgens-Syndrom)
- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ HIV / AIDS



- ☐ Tuberculose
- ☐ Hepatitis A / B / C
- ☐ Bei mir treffen zusätzlich weitere gesundh. Besonderheiten zu
- ☐ Sonstige:

Bestehen bei Ihnen Allergien? Falls ja, wogegen?

- ☐ Nein, es bestehen keine Allergien
- ☐ Ja, es bestehen Allergien
- ☐ Sonstige:

Hatten / Haben Sie Unverträglichkeitsreaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

Wenn ja, gegen welche?

- ☐ Nein. Es bestanden keine Reaktionen.
- ☐ Ja. Es bestanden Reaktionen.
- ☐ Sonstige:

Nehmen / nahmen Sie jemals Medikamente ?

- ☐ Nein. Keine
- ☐ Herz-Kreislauf-Medikamente
- ☐ Kortikoide (Cortison)
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Antidepressiva
- ☐ Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Clopidogrel, Eliquis®, Heparin, Iscover®, Lixiana®, Macumar®, Xarelto®)
- ☐ Antiresorptive Medikamente bei Osteoporose oder Krebserkrankungen (z.B. Denosumab, Prolia®, XGEVA®, Bisphosphonate)
- ☐ Ich nehme folgende andere Medikamente
- ☐ Sonstige:

Rauchen Sie?

- ☐ Ja, ich rauche Tabak.
- ☐ Ja, ich rauche gelegentlich Tabak.
- ☐ Ja, ich rauche andere Stoffe (z.B. Marihuana o.ä.)
- ☐ Nein, ich rauche nicht
- ☐ Sonstige:

Trinken Sie Alkohol?

- ☐ Ja, ich trinke regelmäßig
- ☐ Ja, ich trinke gelegentlich
- ☐ Ja, ich trinke selten
- ☐ Nein, ich trinke nicht

Nahmen oder nehmen Sie Drogen?

- ☐ Nein, ich nehme/nahm keine Drogen
- ☐ Ja, ich nehme/nahm Drogen
- ☐ Sonstige:

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Was ist der Grund Ihres Besuches bei uns?

- ☐ Beratung
- ☐ Kontrolle
- ☐ unfassende Behandlung
- ☐ Sonstige:



Besteht bei Ihnen bereits Zahnersatz?

- ☐ Nein, ich habe keinen Zahnersatz
☐ Ja, ich habe Kronen bzw. Prothesen (Bitte ungefähres Alter des Zahnersatzes angeben)
☐ Sonstige:

**Sind Sie oder waren Sie bei einem zahnärztlichen Kollegen in Behandlung?
(Name + Anschrift d. Kollegen/in)**

.....

Haben Sie Beschwerden/Schmerzen?

- ☐ Nein
☐ Zähne
☐ Zahnfleisch
☐ Kiefergelenke
☐ Sonstige Region
☐ Sonstige:

Haben Sie einen Hausarzt/-ärztin? (Name + Anschrift d. Arztes/Ärztin)

.....

Abweichender Versicherungsnehmer

Bitte geben Sie bei einem abweichenden Versicherungsnehmer (z.B. Eltern bei Kindern) den Vor-, Nachnamen samt Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer an.

.....

Abschließende Zustimmungen

- ☐ Ich willige ein, dass mich die Praxis Dr. Düringer für regelmäßige Nachkontrolltermine telefonisch kontaktieren darf.
☐ Ich willige ein, dass mich die Praxis Dr. Düringer für regelmäßige Nachkontrolltermine per Mail kontaktieren darf.
☐ Es besteht eine Eingliederungshilfe
☐ Es besteht ein Pflegegrad I / II / III / IV

Richtigkeit der Angaben / Terminversäumnis

Neben der Versicherung der Richtigkeit meiner Angaben bestätige ich, dass mir folgendes bewusst ist: Es besteht ein Terminsystem. Um längere Wartezeiten zu ersparen, werden Behandlungszeiten exklusiv reserviert. Aufgrund des Praxis-Ablaufes als Terminpraxis und effizienter Terminvergabe, versichere ich auch in meinem Sinne, Termine bei Nichteinhaltung mindestens 24 Stunden früher abzusagen. Bei mehrfacher kurzfristiger Absage ohne triftigen Grund bzw. unentschuldigtem Versäumnis eines Termins können mir nach §615 BGB die entsprechenden Ausfallkosten nach dem betriebswirtschaftlichen Stundensatz in Rechnung gestellt werden. Die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Über Rechtsgrundlagen, Verfahrensweisen, Auskunftsrechte und Widerspruchsmöglichkeiten nach DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) bezüglich Verarbeitung und Verwendung Daten wurde ich aufgeklärt und erkläre hierzu mein Einverständnis.

Mögliche Überschreitung des Faktors 2,3 bzw. 3,5 nach GOZ



Bitte beachten sie vor der Behandlung in unserer Praxis folgende Gegebenheit: Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist in ihren Punktwerten seit 1988 nicht mehr erhöht worden. Da - wie in allen anderen Bereichen des öffentlichen Lebens auch - allerdings die Kosten von Material, Strom, Personal etc. in über 35 Jahren deutlich gestiegen sind, müssen wir diese Lücke der GOZ-Preise mittels einer Steigerung der Faktoren über 2,3 und teils auch über 3,5 ausgleichen. Nur so kann die notwendige Behandlung der Vergütung der gesetzlichen Krankenkversicherungen entsprechen. Daher erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift damit einverstanden, in EINZELFÄLLEN auch GOZ-Faktoren über 3,5 abgerechnet zu bekommen, um eine Behandlung zu erhalten die mindestens der vergleichbaren BEMA-Leistung entspricht. Bei Fragen hierzu stehen wir Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt