

## ANAMNESEBOGEN

*Sehr geehrte(r) Patient(in),*

wir bitten Sie, diesen Bogen **gut leserlich auszufüllen und alle Unterschriften zu leisten.**

Bitte senden Sie uns diesen **ausgefüllten Anmeldebogen direkt per mail an:**

[info@praxis-villa-linhoff.de](mailto:info@praxis-villa-linhoff.de) zurück, damit wir Ihre Karteikarte schon möglichst vollständig anlegen können und Ihnen einen möglichst zügigen Praxisablauf garantieren können.

Ihre Daten werden benötigt, um Sie im Falle von Terminverschiebungen oder für die Bearbeitung genehmigungspflichtiger Heilfürsorgemaßnahmen sicher erreichen zu können. Die medizinischen Angaben sind äußerst wichtig für Ihre individuelle Therapieplanung. Die Vorgaben und Bestimmungen des Datenschutzes (DSchztzGrdV) werden natürlich vollumfänglich beachtet. Sämtliche Angaben fallen außerdem unter die ärztliche Schweigepflicht.

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Krankenversicherung:

(für die autom. Terminerinnerung)

Privatversichert:  Gesetzlich versichert:

Zahnarzt:

Hausarzt:

ggf. sonstiger überweisender Arzt:

Beruf:

Arbeitgeber:

**um eine höchstmögliche Sicherheit während Ihrer Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, im Folgenden einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten auftreten, so sprechen Sie uns bitte umgehend an:**

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?

Befanden/Befinden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, weswegen?

Wurden Sie bereits einmal operiert? Wenn ja, weswegen?

Tragen Sie eine vom Zahnarzt gefertigte Knirscherschiene?

Gab es bei Ihnen jemals Komplikationen bei Narkose oder örtlicher Betäubung? Wenn ja, welche?

Tragen Sie einen implantierten Herzschrittmacher/ Defibrillator?

Sind bei Ihnen Erkrankungen diagnostiziert worden? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? (Heuschnupfen, Pollen, Medikamente o.ä.?)

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Atemwege? (z.B. Asthma, Tuberkulose, COPD, chronische Bronchitis, o.ä.)

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Leber? (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Stoffwechsel, o.ä.)

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen des Herzens? (z.B. Herzinfarkt, Stents, Herzschwäche, Dilatation o.ä.)

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Nieren? (z.B. Eingeschränkte Funktion, Dialyse, o.ä.)

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Augen? (z.B. Glaukom, grüner Star, grauer Star, o.ä.)

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen des Blutes? (z.B. Blutgerinnungsstörung, Nachblutungen o.ä.)

Bestehen bei Ihnen neurologische Erkrankungen? (z.B. Epilepsie, Krampfleiden, Depression o.ä.)

Nehmen Sie Medikamente zur Beeinflussung des Knochenstoffwechsels? (Bisphosphonate o.ä.)

Hatten Sie jemals eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?

Sind Sie jemals bestrahlt worden? Wenn ja, wann, wo, und in welcher Dosis?

Haben Sie jemals eine Chemotherapie bekommen? Wenn ja, wann und welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Leiden Sie unter einer chronischen Infektionserkrankung?  
(z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose, Creutzfeld- Jakob, Hepatitis)

## **EINWILLIGUNGEN**

### ***Sehr geehrte(r) Patient(in),***

um Ihre Behandlung und die Kommunikation mit den beteiligten Ärzten und Praxen (und ggf. Krankenhäusern) so einfach wie möglich für Sie zu halten, bitten wir Sie, Ihre Einwilligung dazu zu geben, dass wir Ihre Daten im Rahmen Ihrer Behandlung an daran beteiligte Dritte weitergeben dürfen:

### **Überprüfung von Patientensicherheit, Behandlungs- und Qualitätsstandards**

Ich willige ein, dass im Rahmen von Stichprobenprüfungen durch externes medizinisches Fachpersonal Einsicht in meine Behandlungsdokumentation genommen wird, um so die Einhaltung der Patientensicherheit, der Behandlungsqualität sowie der durch gesetzliche Instanzen, Kostenträger und Fachgesellschaften festgelegten Qualitätsstandards an Hand von konkreten Einzelfällen zu überprüfen. In den hierbei angefertigten Auswertungen dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität einzelner Patienten möglich sein.

Ja     Nein

### **Interne Qualitätssicherung und wissenschaftliche Evaluationen**

Ich willige ein, dass meine für die medizinische Behandlung erhobenen Daten im Rahmen von Untersuchungen zur internen Qualitätssicherung und/oder zur Erhebung von wissenschaftlichen Untersuchungen genutzt werden dürfen. In den hierbei angefertigten Auswertungen dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität einzelner Patienten möglich sein.

Ja     Nein



Ich willige in die automatische Terminerinnerung per E-Mail ein.

Ja  Nein

**Um Ressourcen zu schonen möchten wir Ihnen gerne im Falle einer Rechnungsstellung die Rechnung per E-Mail zustellen. Bitte stimmen Sie diesem Verfahren zu und notieren Sie Ihre E-Mailadresse.**

Ich willige in den Rechnungsversand per E-Mail ein.

**Dass Passwort ist mein Geburtsdatum ausgeschrieben (tt.mm.jjjj)**

**E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand:** \_\_\_\_\_

**Auskunft gegenüber Angehörigen, Bekannten oder Dritten**

Im Verlauf bestimmter Erkrankungen, aber auch in Folge einzelner medizinischer Maßnahmen (z.B. nach einer medikamentösen Sedierung oder direkt nach einer Operation) kann es dazu kommen, dass phasenweise die Wachheit oder Auffassungsgabe so stark eingeschränkt ist, dass eine regelhafte Kommunikation nicht möglich ist.

Für diese Fälle – aber auch grundsätzlich – können Sie uns Ansprechpartner/ Personen/ Einrichtungen nennen, gegenüber denen wir in medizinischen und organisatorischen Belangen Auskünfte erteilen dürfen.

Die Namen dieser Personen tragen Sie bitte hier ein:

Die o.g. Einwilligungen werden Bestandteil der Behandlungsdokumentation.

Ich gebe diese Erklärungen freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen ganz oder teilweise und jederzeit widerrufen kann.

Lippstadt, den.....

.....  
Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich bitte Sie, diese Bedingungen für Ihre Mund-Kiefer- Gesichtschirurgische Behandlung durchzulesen und zu unterschreiben.

Der/die PatientIn \_\_\_\_\_

geb.am \_\_\_\_\_,

und der Mund-Kiefer und Gesichtschirurg PD Dr. Dr. Oliver Thiele oder Dr. Dr. Jan Teichmann vereinbaren folgendes:

Der Mund- Kiefer- und Gesichtschirurg arbeitet nach dem sog. Bestellsystem, d.h. der Mund- Kiefer- Gesichtschirurg reserviert für den/die PatientIn die erforderliche Behandlungszeit. Da Mund- Kiefer- Gesichtschirurgische Behandlungen in langandauernden Behandlungsterminen durchgeführt werden, kann die Praxis nicht kurzfristig neue PatientInnen annehmen oder Ersatztermine vereinbaren. Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass ein versäumter und somit ausgefallener Termin für die Ärzte einen Verdienstausschlag darstellt. Die Ärzte sind deshalb berechtigt, die vereinbarte Behandlungszeit, welche der/die PatientIn nicht wahrnimmt, unabhängig vom Grund der Verhinderung, privat in Rechnung zu stellen. Behandlungszeiten, die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d.h. spätestens 48 Stunden vor dem Termin, abgesagt werden, werden dem/der PatientenIn nicht in Rechnung gestellt. Die Höhe des vereinbarten Ausfallhonorars orientiert sich an dem Verdienstausschlag des konkreten Termins und dem hierdurch entstandenen wirtschaftlichen Schaden. Dieses Ausfallhonorar kann je nach Behandlung und Behandlungsdauer bis zu 600 € betragen. Kann die Praxis den Termin anderweitig besetzen, wird kein Honorar verlangt.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (bei minderj. durch den gesetzl. Vertreter)

**Patienteninformation / Erklärung und Einverständniserklärung des Versicherten über „Analoge Leistungen“ im Zuge einer privat(zahn)ärztlichen Behandlung**

Sehr geehrte Frau/ Herr \_\_\_\_\_,  
im Zuge Ihrer Behandlung werden Leistungen als sogenannte „analoge Leistungen“ berechnet, die aufgrund neuer Entwicklungen in der Zahnmedizin nicht ständig in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012) berücksichtigt werden können. Der Verordnungsgeber erlaubt durch den §6 Abs. 1 der GOZ bzw. § 6 Abs. 2 GOÄ, auch auf andere als in der GOZ/ GOÄ enthaltene Gebühren zurückzugreifen. Für Leistungen, die demnach nicht in der GOZ und auch nicht in der GOÄ enthalten sind ist es mir möglich, eine Leistung aus der GÖZ oder der GOÄ heranzuziehen und sie praktisch als „Ersatzposition“ für die neue Leistung abzurechnen. Für eine Analogberechnung ist es auch nicht erforderlich, dass eine fragliche Leistung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannt ist. Jede Leistung kann analog berechnet werden, die nicht in der GOZ bzw. GOÄ enthalten ist. Bedauerlicher Weise gibt es, trotz der eindeutigen Möglichkeit der Analogberechnung durch den Verordnungsgeber, Erstattungsschwierigkeiten mit meist negativer Kostenübernahme. Ob nun Ihr Versicherungsträger diesbezüglich Einschränkungen in seiner Erstattungspraxis vornimmt bzw. vertraglich ausgeschlossen hat, kann ich als Ihr behandelnder Arzt und Zahnarzt nicht bewerten und kann darauf leider auch keine Rücksicht nehmen. Ich möchte Sie daher ausdrücklich darauf hinweisen, dass es nach Rechnungsstellung zur nicht Berücksichtigung der von mir in Ansatz gebrachten analogen Leistungen kommen kann. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

**Erklärung des Patienten:**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Erstattung analoger Leistungen im Rahmen meiner zahnärztlichen Versorgung durch meine private Kostenerstattungsstellen vermutlich nicht gewährleistet ist. Ich verpflichte mich daher, diese Leistungen nach Rechnungslegung zu bezahlen, ohne Rücksicht darauf, ob eine Erstattung durch meine privaten Kostenerstatter erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient