



**Marktplatz 3, Wiesbaden**

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Felix P. Koch  
Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
- Plastische Operationen -  
Tel.: 0611 51010530 [www.kieferchirurgie-wiesbaden.de](http://www.kieferchirurgie-wiesbaden.de)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen! Da wir Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten möchten, bitten wir Sie den Anamnesebogen für uns sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!  
Der Fragebogen wird Ihrer Patientenakte beigelegt.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_ **Überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

1. Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_

2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_

- Angeborener oder erworbener Herzfehler? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Herzoperationen, Herzklappenprothese? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_

3. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- Diabetes (erhöhter Blutzucker)? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Blutes? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_  
(z.B. Blutgerinnungsstörung)
- Allergien (z.B. Heuschnupfen) ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Asthma/Lungenerkrankung?^ ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Nervenerkrankung (Depression o.ä.)? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden/Epilepsie? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_
- Magen-, Darm-, Leber-, Nierenerkrankung? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_

4. Haben sie eine Infektionserkrankung z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, andere ? ( )nein ( )ja \_\_\_\_\_

5. Bestehen derzeit sonstige Erkrankungen? ( )nein ( )ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Welche Medikamente nehmen sie derzeit ein? \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? ( )nein ( )ja

8. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ? ( )nein ( )ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9. Wann wurden Sie zum letzten mal geröntgt? \_\_\_\_\_

10. Besitzen Sie einen Röntgen Pass? ( )nein ( )ja

Wenn nein: Möchten Sie durch unsere Praxis einen

Röntgen Pass ausgestellt bekommen? ( )nein ( )ja

11. Waren Sie innerhalb der letzten Jahre im Krankenhaus? ( )nein ( )ja

Wenn ja: weshalb? \_\_\_\_\_

12. Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ( )nein ( )ja ( ) vielleicht

- Ich bin einverstanden, daß mit zuweisenden und weiterbehandelnden Ärzten Daten ausgetauscht werden dürfen (z.B.: Rö.Bilder, Befundberichte, Gewebeproben), sowie die Speicherung meiner Daten.

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

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.

Wiesbaden, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift