



Zahnärztin

Dr. Claudia Ramm

ANAMNESEBOGEN



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung für unsere Praxis entschieden haben. Um Sie individuell und unter besten Voraussetzungen behandeln und beraten zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen ehrlich und genau zu beantworten. Selbstverständlich werden diese Informationen streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Weitere Informationen zu den Terminen in unserer Praxis:

1. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie uns bitte rechtzeitig (spätestens 24 h vorher) Bescheid.
2. Kommen Sie auf Grund unvorhersehbarer Notfälle in unsere Praxis (Bsp. akute Schmerzen), so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.
3. Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.
4. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient

Frau Herr

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße/Hs.Nr. PLZ Ort

Telefon Mobil E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Mitglied / Zahlungspflichtige/-r

Frau Herr

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße/Hs.Nr. PLZ Ort

Telefon Mobil E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse (Name):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="radio"/> Ich bin Standardtarif-versicherte/-r |
| <input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="radio"/> Ich bin Basistarif-Versicherte/r |
| <input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt |
| <input type="radio"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="radio"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="radio"/> Ich bin privat versichert | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |



Wir möchten gern auf Ihre Wünsche eingehen...

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Was ist Ihnen besonders wichtig? _____

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein

Möchten Sie regelmäßig vor Ihrem Behandlungs- und/oder Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Wenn ja, wie? per EMail per Telefon per Post

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Praxis-Website Google Allg. Internet

Empfehlung von _____ andere Quelle: _____

Kennen Sie unsere Internetseite: www.zahnarzt-ramm.de? ja nein

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? ja nein

Welche Informationen sind Ihnen auf der Website einer Zahnarztpraxis wichtig? _____

Hatten/Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bitte ankreuzen:	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhauseskeim (MRSA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreuzfeld-Jakob	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leberkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphate?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzinfarkt

Nehmen Sie Marcumar? ja nein

Schlaganfall ja nein

Lähmung ja nein

Bluthochdruck

niedrig

normal

hoch

Werte: _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Bestehen Suchtkrankheiten/Drogen? ja nein Wenn ja, welche? _____



Besteht eine Schwangerschaft? ja - Welche Woche _____ nein ungewiss

Liegt eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? ja nein

Wenn ja: Unfalldatum _____ Art der Verletzung: _____

Sonstige Angaben/andere Krankheiten:

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wenn nein: Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Hausarzt/Heilpraktiker _____ Facharzt _____

Straße/Nr. _____ Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefon _____

E-Mail _____ E-Mail _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/-in o. Erziehungsberechtigter

Dr. Claudia Ramm
Praxis für Zahnheilkunde & Ästhetik
Ankerplatz 10a
24159 Kiel
Tel. 0 431 - 37 23 20
Fax 0 431 - 37 13 80
www.zahnarzt-ramm.de
info@zahnarzt-ramm.de