

## Anamnesebogen (Patientenangaben)

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert und finden ausschließlich für interne Zwecke Verwendung.

Des Weiteren unterliegen sie der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor – und Nachname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor und Nachname des Versicherten (bei Familienversicherung)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Festnetz- und Handynummer	eMail Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesetzliche Krankenkasse	Zusatzversicherung od. Basistarif / Beihilfe (bei Privatvers.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Telefonnummer mit Durchwahl
<input type="text"/>	
Hausarzt mit Adresse und Telefon	

### Allgemeine Angaben

Raucher  ja  nein      wenn ja -  selten  regelmäßig

Schwangerschaft  ja  nein      wenn ja in welcher Woche

### Erkrankungen

wenn ja welche

Allergie / Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Hämatologische Erkrankung/ Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Herz Kreislauf Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis/ Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Magen Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Osteoperose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Nehmen Sie Medikamente / welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Nehmen oder nahmen sie Biophosphonate (Medikament bei Osteoporose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Haben Sie eine Endoprothese ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

**Als besonderen Service für unsere Patienten bieten wir an:**

- den Recall einer jährlichen Vorsorgeuntersuchung nehme ich an und bitte um Erinnerung per eMail.  
 den Recall einer jährlichen professionellen Zahnreinigung nehme ich an und bitte um Erinnerung per eMail.

Ich möchte an meine **Termine** erinnert werden per SMS  per eMail

Behandlungstermine sind nur im begrenzten Rahmen verfügbar und deshalb ein wertvolles Gut.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte mind. 24 Stunden vorher Bescheid.

Danach ist eine kostenfreie Absage nicht mehr möglich. (Ausfallhonorare Zahnreinigung 60 Euro, geplante zahnärztliche Eingriffe je nach Dauer).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben, sowie meine Zustimmung zu den gemachten Vereinbarungen und werde die Praxis Dr. Rampf umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort Datum

Unterschrift Patient, bzw. Erziehungsberechtigter