



Dr. Dr. Harald Rahmann M.Sc. MSc MSc
Dr. stom. (Univ. Belgrad)
Milovan Madzarevic MSc
Artjom Imajew
Rheinstr. 23 - 47799 Krefeld
Telefon: 02151-6506555 - Telefax: 02151-6506556
anmeldung@dr-rahmann.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen oder wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Ist bei Ihnen eine Penicillin - Allergie bekannt?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Röntgenpass?

ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

ja / nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?

ja / nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja / nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

ja / nein

Sind Ihre Zähne gelockert?

ja / nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?

ja / nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?

ja / nein

Möchten Sie darüber eine Beratung?

ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wenn Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen bei uns frühzeitig (24 Std vorher) abzusagen. Sollten Sie dies versäumen halten wir uns die Möglichkeit offen, Ihnen die vereinbarte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

Krefeld, _____

(Datum, Unterschrift)