

Dr. med. Antje von Wolffersdorff

Zahnärztin

Praxis für Zahnheilkunde

## Anmeldeformular

Patient (Name, Vorname)	geb.	
Versicherter (Name, Vorname)	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Eltern	geb.
Straße, PLZ, Wohnort		
Tel.-Nr. Privat	E-Mail	
Beruf		
Arbeitgeber	Tel.-Nr. Arbeit	
Krankenkasse		
Empfohlen durch		

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns **streng vertraulich** behandelt. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

### Risiko-Anamnese:

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche:                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich? Welche:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Gelbsucht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? (nur für Patientinnen)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Allgemeine Fragen zur Behandlung:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Legen Sie Wert auf eine absolut schmerzfreie Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Möchten Sie auf jeden Fall eine Spritze?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Möchten Sie am <b>Recall-System*</b> teilnehmen?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

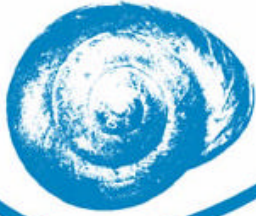
### Leiden Sie an:

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Herz- oder Kreislauferkrankungen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheiten, Blutungsneigung?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien: Asthma, Heuschnupfen, usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-Infektion?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen? Welche:         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Wir möchten die Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten. Dafür bieten wir ihnen folgendes an:

- |                       |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| beruhigende Musik     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entspannungstonbänder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypnose               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum der letzten zahnärztlichen Röntgen-Untersuchung: \_\_\_\_\_



**Dr. med. Antje von Wolffersdorff**

Zahnärztin

**Praxis für Zahnheilkunde**

**Hinweis:** Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 3 Tage vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen eine Ausfallzeit berechnen.

\* Wir erinnern Sie schriftlich an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift PatientIn