

**Dr. Alexandra Welk  
Zahnärztin**

Hersbrucker Str. 17 - 91207 Lauf  
Telefon: 09123-2484 - Telefax: 09123-960303

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname: _____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Adresse: _____	Vorname: _____
Tel. Privat: _____	Geburtsdatum: _____
Beruf: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort: _____	Name: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____	Adresse: _____

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### 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
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein
Fand eine Röntgenuntersuchung statt?			ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?			ja / nein
Möchten Sie für Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung von uns erinnert werden?			ja / nein
Per E-Mail, Karte oder Anruf?			

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.

**Lauf, den** \_\_\_\_\_