

Anmeldebogen Zahnarztpraxis Dr. Cornelia Wolschner

Patient :
(Name) (Vorname) (geb.)

Mitglied :
(Name) (Vorname) (geb.)

Anschrift :
(Ort) (Str.) (Tel. Privat)

Beruf :
(Tel. Dienst)

Krankenversicherung :

pfl.vers. freiwillig vers. fam.vers. beihilfeberecht. privatvers.

Anamnese

Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen.....

Atemwegserkrankungen.....

Infektionserkrankungen.....

Innere Erkrankungen, z.B. Diabetes

Hauterkrankungen.....

Sonstige Erkrankungen.....

Allergien, bes. gegen Medikamente oder Metalle.....

Andere Arzneimittelunverträglichkeiten.....

Komplikationen bei früheren zahnärztlichen Behandlungen oder durch örtliche Betäubungen.....

Besteht eine Schwangerschaft.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente.....

Sind Sie zur Zeit bei einem Arzt / Heilpraktiker / Physiotherapeuten in Behandlung.....

Sind Sie in homöopathischer Behandlung.....

Von wem wurden Sie ggf. überwiesen.....

Letzte Röntgenuntersuchung.....

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung.....

Wünschen Sie ausführliche Informationen über das Behandlungsspektrum unserer Praxis

oder eine Beratung zu speziellen Fragestellungen

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)