

# Anmeldebogen WH-Zahnärzte Dr. Antje Wischeropp & Dr. Denis Hoogestraat

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, Termine mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können!

Ihre Angaben unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank!

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist

Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, **beide** Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen.

Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Ihre Zahnärzte

Dr. Antje Wischeropp und

Dr. Denis Hoogestraat

## Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Zum Basistarif privat versichert
- Beihilfeberechtigt
- Private Zusatzversicherung

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Empfehlung durch:  
\_\_\_\_\_

Internet     Sonstiges:  
\_\_\_\_\_

## Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Zahnfleischbluten
- Wurzelbehandlung
- Professionelle Zahnreinigung
- Fehlende Zähne
- Probleme mit Zahnersatz
- Neuer Zahnersatz
- Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne
- Kiefergelenksprobleme
- Zähneknirschen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- Zahnfleischbehandlung
- Wurzelbehandlung
- Zahnerhaltung
- Zahnersatz
- Füllungstherapie
- Zahnaufhellung
- Sonstiges:  
\_\_\_\_\_

Weiter auf Seite 2



WH-Zahnärzte

Dr. med. dent. Antje Wischeropp

Dr. med. dent. Denis Hoogestraat

Arnswaldtstraße 16

30159 Hannover

Telefon: 0511 32 23 05

[www.zahnarzt-hannover-mitte.de](http://www.zahnarzt-hannover-mitte.de)



# Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

**Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente** können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Nein       Ja, und zwar       Eliquis       Pradaxa  
 Xarelto       Marcumar       Herz-ASS       Sonstige: \_\_\_\_\_

## Haben Sie Allergien?

- Nein       Ja, und zwar gegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nehmen Sie sog. Bisphosphonate (Medikamente gegen Krebs oder Osteoporose) ein oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
 zur Zeit       Früher von bis \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein       Ja: In welchem Monat? \_\_\_\_\_

## Existieren Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne aus den letzten beiden Jahren?

- Nein       Ja

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

## Rauchen Sie?

- Nein       Ja: Wie viel? \_\_\_\_\_

## Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?

- Nein       Ja

## Erkrankungen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen. Welche? _____ | <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung              | <input type="checkbox"/> Trockener Alkoholiker    |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                       | <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)             | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit   |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis                            | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)                    | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen   |
| <input type="checkbox"/> Herz-Operationen                        | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)               | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher                      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenleiden                       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                             | <input type="checkbox"/> Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens | <input type="checkbox"/> Epilepsie                |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                            | <input type="checkbox"/> Osteoporose                              | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen  |
|  | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis. Welche? _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Frühere Parodontitis-Behandlung          | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____          |

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

**X** \_\_\_\_\_

(Datum)

(Unterschrift)

Anschreibenfeld passend für Fensterkuvert

**WH-Zahnärzte**  
**Dr. med. dent. Antje Wischeropp**  
**Dr. med. dent. Denis Hoogstraat**  
**Arnswaldstraße 16**

**30159 Hannover**

*Fax: 0511 30 23 775*

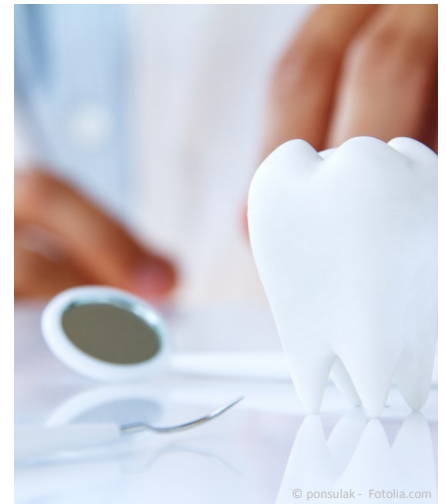
Damit Sie bei Ihrem ersten Praxis-Besuch nichts vergessen

# Checkliste für Neupatienten

Die wichtigsten Tipps auf einen Blick

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir schätzen Ihr Vertrauen und werden alles daran setzen, dass Sie mit uns zufrieden sind. Bitte lesen Sie die folgende Checkliste aufmerksam durch, damit Sie alles Notwendige dabei haben, wenn Sie uns zum ersten Mal besuchen. Das erspart Ihnen und uns unnötige Nachfragen. Falls Sie vorab noch Fragen haben: Zögern Sie nicht, uns anzurufen!

Wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen und nehmen uns Zeit für Sie.



Herzlich willkommen  
in unserer Praxis!

## Anmelde-Bogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen zu Ihrem ersten Besuch mit.

Falls Sie diesen nicht von uns zugeschickt bekommen haben, können Sie ihn von unserer Homepage herunterladen und ausdrucken. Selbstverständlich erhalten Sie ihn auch bei uns in der Praxis.

Der Anmelde-Bogen enthält Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Sie können darin auch Ihre Wünsche für die zahnärztliche Behandlung angeben.

Wenn Sie mit Ihrem Partner und/oder mit Ihren Kindern kommen, füllen Sie bitte für jeden Einzelnen einen Bogen aus. Danke!

## Allergie-Pass

Falls Sie an Allergien leiden, haben Sie von Ihrem Arzt einen solchen Pass bekommen. Bitte bringen Sie diesen mit, damit wir Ihre Allergien bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

## Medikamenten-Liste

Wenn Sie momentan oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten wir das wissen. Bitte fertigen Sie eine Liste Ihrer Medikamente an und bringen Sie diese mit. Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, bitten wir Sie, die Beipackzettel Ihrer Medikamente mitzubringen. Wir wollen sicher sein, dass es zu keinen unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

## Röntgen-Pass

Falls Sie einen solchen besitzen, bringen Sie auch diesen mit, damit wir eventuell notwendige Röntgen-Aufnahmen eintragen können. Wenn Sie keinen haben, erstellen wir Ihnen kostenlos und gerne einen neuen.

## Röntgen-Aufnahmen

Wenn **innerhalb der letzten beiden Jahre** Röntgen-Bilder Ihrer Zähne gemacht worden sind, sollten Sie uns auch diese mitbringen. Bitte fragen Sie Ihren bisherigen Zahnarzt danach. Er kann sie uns auch ggf. zuschicken.

## Implantat-Pass

Falls Sie schon Zahnimplantate haben und einen Implantat-Pass besitzen, bringen Sie diesen ebenfalls mit.

## Wenn Sie gesetzlich versichert sind:

Legen Sie uns bitte Ihre **Versichertenkarte** vor. Bitte prüfen Sie vorab, ob diese noch gültig ist. Beantragen Sie ggf. eine neue Karte bei Ihrer Krankenkasse.

Bringen Sie auch Ihr **Bonusheft** mit, damit wir Ihre Kontrolluntersuchung bestätigen können. Das Bonusheft hat nach wie vor Gültigkeit und kann bares Geld für Sie wert sein, falls Sie Zahnersatz benötigen.

Das war es auch schon! Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und freuen uns auf Ihren Besuch!



© Picture Factory - Fotolia.com



WH-Zahnärzte

Dr. med. dent. Antje Wischeropp

Dr. med. dent. Denis Hoogestraat

Arnswaldtstraße 16  
30159 Hannover  
Telefon: 0511 32 23 05

[www.zahnarzt-hannover-mitte.de](http://www.zahnarzt-hannover-mitte.de)

