

Zahn-Heil-Kunst

Ganzheitliche Zahnarzt-Praxis Bonn-Bad Godesberg
Zahnärzte Dr. Dorothee Haentjes & Bernd Milbrodt

Moltkeplatz 3 · 53173 Bonn-Bad Godesberg · Telefon 0228 368 368 8



ANMELDUNG – SEITE 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis für ganzheitliche Zahngesundheit. Wir freuen uns, Sie auf Ihrem Weg begleiten zu können. Nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit, uns einige wesentliche Fragen zu sich und Ihrem Anliegen zu beantworten.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsjahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (privat)	Telefon (dienstl.)	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon (mobil)	E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Versicherter/Rechnungsempfänger	Geburtsjahr

Beihilfeberechtigt: ja nein
Zusatzversichert: ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- Routinekontrolle
- akutes Problem/Schmerzen
- _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wer hat Sie empfohlen? Wir möchten uns bedanken:

Leiden Sie an chronisch entzündlichen Erkrankungen wie z.B. Rheuma, Colitis ulcerosa, M. Crohn, M. Bechterew?

Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma
- Tumor/Karzinom/Krebs
- Zuckerkrankheit
- Anfallsleiden/Epilepsie
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen
- TBC HIV Hepatitis A/B/C
- Blutgerinnungsstörungen
- Nierenfunktionsstörung
- Krankenhauskeim MRSA
- neurologische/psychische Erkrankungen
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate
- Herz-/ Kreislaufkrankungen
- _____

Haben Sie Allergien – welche?

Zahn-Heil-Kunst

Ganzheitliche Zahnarzt-Praxis Bonn-Bad Godesberg
Zahnärzte Dr. Dorothee Haentjes & Bernd Milbrodt

Moltkeplatz 3 · 53173 Bonn-Bad Godesberg · Telefon 0228 368 368 8



ANMELDUNG – SEITE 2

Können Sie alles essen? Was vertragen Sie nicht?

Reagieren Sie auf Modeschmuck oder Nickel?

Haben Sie Tätowierungen oder Piercings? ja nein

Gibt es künstliche Gelenke, Platten
oder Schrauben von Operationen? ja nein

Wie ist der Blutdruck? eher niedrig normal
 eher hoch Medikamente erf.

Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen – welche/
weswegen?

Haben Sie Hauterkrankungen oder -probleme?

Rauchen Sie ? ja nein wieviel? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz?
 ja nein

Was ist Ihnen besonders wichtig beim Zahnarzt?

Was müssen wir tun, um Sie so zu behandeln, wie Sie es sich
wünschen?

Wer ist Ihr Hausarzt oder Heilpraktiker ?

In unserer Praxis gehören regelmäßige professionelle Zahnreini-
gungen zum Standard, damit wir Ihre Mundgesundheit erhalten
können? War dies auch bislang schon so bei Ihnen?

ja nein

Wir erinnern Sie gerne an Ihre Termine. Wünschen Sie dies

per Telefon per SMS per E-Mail

Da wir eine Bestellpraxis sind und wir Zeiten exklusiv für Sie
reservieren, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir nicht
wahrgenommene Termine als Ausfallzeit in Rechnung stellen
müssen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie einen
Termin einmal nicht einhalten können.

Mit meiner Unterschrift erkläre und bestätige ich, den Anmeldebogen gelesen und verstanden zu haben.
Vorstehende Angaben habe ich nach besten Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum

Unterschrift