

# Zahn-Heil-Kunst

Ganzheitliche Zahnarztpraxis 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	Geburtstag
<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	Geburtstag

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?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien – welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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-/ Kreislaufferkrankungen
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Zahn-Heil-Kunst

Ganzheitliche Zahnarztpraxis 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 Zahnreinigungen 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 gemäß § 615 BGB in Rechnung stellen können. Bitte informieren Sie uns spätestens 24 Stunden vorher, wenn Sie einen Termin einmal nicht einhalten können. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Regelung einverstanden.

Datum

Unterschrift

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