

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen! Wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis für vorbeugende, innovative, rekonstruierende und ästhetische Zahnheilkunde gekommen sind! Sprechen Sie mit uns über Ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen. Wir beraten Sie gerne über die Möglichkeiten und Alternativen!

Bevor wir uns in Ruhe darüber unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus! Sie helfen uns dadurch eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Herr Frau Kind

Name: Vorname: Geb. Datum:
Straße: PLZ: Ort:
Tel. Privat: Tel. Arbeit: Mobil:
Fax: E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber: Krankenkasse:.....
 freiwillig versichert privatversichert zusatzversichert
 Beihilfe Bonus erfüllt ja nein

Mitglied: versichert über Adresse wie oben
Name: Vorname: Geb. Datum:
Strasse: PLZ Ort:

WIE DÜRFEN WIR SIE BENACHRICHTIGEN:

Telefon SMS E-Mail

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN:

Überweisung/auf Empfehlung von: Internet
Namen und freiwillige Angabe
 Presse/Anzeige Telefonbuch/Gelbe Seiten Informationsveranstaltung/Vortrag

SIE KOMMEN IN UNSERE PRAXIS:

zur Kontrolle zur Schmerzbehandlung wegen Zahnfleischbluten/Parodontose
 zur Beratung über

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt?

Wann wurden Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt geröntgt?

SIE HABEN INTERESSE AN:

Maßnahmen zur Zahnerhaltung? ja nein
Professioneller Zahnreinigung „Wellness für Mund und Zähne“? ja nein
Einer Beratung über hochwertige, ästhetische und langlebige Zahnversorgung? ja nein
Einer Beratung über Knochenerhaltung und Zahnimplantate? ja nein
Regelmäßiger Erinnerung an Ihren nächsten Kontrolltermin und Recall? ja nein
Ratenzahlung? ja nein

BITTE WENDEN!

GESUNDHEITSBOGEN

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:	ja	nein	Wenn ja, welche?	vom Arzt zu ergänzen
Allergien (Allergiepass vorhanden?)	0	0	.....	.....
Anfallsleiden (Epilepsie,)	0	0	.....	.....
Augeninnendruck erhöht (Glaukom)	0	0	.....	.....
Bluterkrankungen	0	0	.....	.....
Herzerkrankungen (Infarkt, Schrittmacher)	0	0	.....	.....
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, ...)	0	0	.....	.....
Kreislaufkrankungen (Blutdruck erhöht o. erniedrigt?)	0	0	.....	.....
Lebererkrankung (Hepatitis A/B, ...)	0	0	.....	.....
Lungenerkrankung (Asthma, ...)	0	0	.....	.....
Magen-Darm-Erkrankung	0	0	.....	.....
Nervenerkrankung	0	0	.....	.....
Nierenerkrankung	0	0	.....	.....
Rheuma/Osteoporose	0	0	.....	.....
Schilddrüsenerkrankung	0	0	.....	.....
Tumorerkrankungen	0	0	.....	.....
Zuckerkrankheit (Diabetes)	0	0	.....	.....
Weitere Erkrankungen	0	0	.....	.....
Frühere Operationen	0	0	.....	.....
Neue Gelenke (Hüfte, Knie, etc.)	0	0	.....	.....
Neue Herzklappen	0	0	.....	.....
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	0	0	.....	.....
Neigen Sie zu Nachblutungen?	0	0	.....	.....
Nehmen Sie Medikamente/Blutverdünner ein?	0	0	.....	.....
Besteht eine Schwangerschaft?	0	0	Wenn ja, welche Woche?	.....
Rauchen Sie?	0	0	Wenn ja, welche Menge/Tag?	.....
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	0	0	.....	.....
Sind Sie von Drogen abhängig?	0	0	.....	.....
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	0	0	.....	.....

Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt	Name:
Tel:	Anschrift:

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben haben.
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner auf beiden Seiten gemachten Angaben.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten