



# DENTANET

## 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 dafür diesen Bogen vollständig aus. Sie helfen uns dadurch, eine für Sie optimal abgestimmte risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Angaben zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter [www.dentanet.de](http://www.dentanet.de).

PERSONLICHE ANGABEN     Herr     Frau     Kind

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

Beruf .....	Arbeitgeber .....	Krankenkasse .....
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privatversichert	<input type="checkbox"/> zusatzversichert
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Basistarif	

Mitglied <input type="checkbox"/> versichert über .....	<input type="checkbox"/> Adresse wie oben	
Name .....	Vorname .....	Geb.-Datum .....
Straße .....	PLZ .....	Ort .....

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

<input type="checkbox"/> Überweisung / auf Empfehlung von .....		
<input type="checkbox"/> Presse / Anzeige	<input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten	<input type="checkbox"/> Informationsveranstaltung / Vortrag
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Online-Terminvergabe	

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Professioneller Zahnreinigung / Bleaching	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beratung über hochwertige, ästhetische und langlebige Zahnversorgung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beratung über Knochenerhalt und Zahnimplantologie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ratenzahlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

SEITE 2





# DENTANET

## GESUNDHEITSBOGEN

### GESUNDHEITLICHE ANGABEN

ja    nein

**WENN JA, WELCHE? – Bitte aufführen!**

Überempfindlichkeiten / Allergien / Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bluterkrankung (Gerinnungsstörung, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzerkrankung (Infarkt / Schrittmacher, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Neue Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kreislaufferkrankung (erhöhter / niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lungenerkrankung (Asthma, COPD, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Magen-Darm-Erkrankung (Morbus Crohn, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Psychische Erkrankung (Depressionen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Rheuma / Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Neue Gelenke (Hüfte, Knie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Organtransplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Augenerkrankungen (Glaukom / grüner Star, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Weitere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nehmen Sie Medikamente ein? / Medikamenteplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
– Wenn ja, sind darunter Medikamente,			
a) die den Knochenstoffwechsel beeinflussen			
(Bisphosphonate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) die das Blut verdünnen			
(Marcumar, ASS, Eliquis, Pradaxa, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche? .....
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Menge / Tag? .....
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Betäubungs- oder Rauschmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? .....

Ihr behandelnder Arzt / Hausarzt	Name	.....
Telefon .....	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,
	Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten