

**Zahnarztpraxis**  
**Für innovative Zahnheilkunde**  
**Dr. Patrick Proll**

Mühlenstr 12, 49824 Emlichheim  
**Tel: 05943- 985 630**  
Fax: 05943- 985 631

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allg. Gesundheitszustand um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu ermöglichen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Herr/Frau** \_\_\_\_\_  
**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ **geb.** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_  
**Str.** \_\_\_\_\_ **PLZ/Ort** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Für gesetzlich Versicherte:** Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so müssen wir sie als Privatpatient betrachten und auch dementsprechend abrechnen.

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch ? \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine bekannte Überempfindlichkeitsreaktion gegen	Latex	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Jod	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Penicillin	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

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

Leiden oder litten sie unter folgenden Erkrankungen:

	Ja	Nein	Welche
Herz-Kreislaufbeschwerden/ Blutdruck ,Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselerkrankungen/ Diabetes mellitus( Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

-----Bitte wenden-----

	Ja	Nein	Welche
Lebererkrankungen/ Heparitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionserkrankungen (TBC, HIV, Herpes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Skelettsystem/ Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt ? _____			
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wie würden Sie Ihren Gebisszustand beurteilen? _____			

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt.

Das bedeutet, dass für Sie keine (oder so gut wie keine) Wartezeiten entstehen und dass wir in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zu Ihrer Verfügung stehen.

Das bedeutet aber auch, dass Sie- wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können- **spätestens 24 h vorher absagen müssen, da wir uns sonst vorbehalten die ungenützte Zeit Ihnen in Rechnung zu stellen.**

**Datum**

**Unterschrift**