

Dr. med. dent. Heiner Geigle
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Marco Wörner
Zahnarzt

Hauptstraße 13
72654 Neckartenzlingen
Tel: 0 71 27 - 81 59 99
Fax: 0 71 27 - 81 59 98
info@zahnaerzte-gw.de
www.zahnaerzte-gw.de

*Bei uns in
guten Händen*

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter:

Straße/PLZ/Ort

Telefon/E-Mail:
E-Mail

Krankenkasse/
Versicherung

Bei Privatvers. Basistarif? Ja Nein

Beruf:

Telefon:
Bitte geben Sie die Telefonnummer an, unter der Sie tagsüber erreichbar sind

Haben Sie ein gültiges Bonusheft?

Ja Nein

Ich stimme zu, dass meine Patientendaten (z.B. Röntgenbilder) zum Zwecke einer eventuell erforderlichen Mit- oder Weiterbehandlung durch z.B. Kieferchirurgen oder Kieferorthopäden verschlüsselt digital weitergegeben werden dürfen.

Bitte wenden >>

Anamnese

Ärztliche Behandlung: Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Hausarzt/Facharzt:
Name/Adresse

Medikamente:
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien:

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein
Angina pectoris? Ja Nein
Herzklappenersatz, Herzklappenentzündung? Ja Nein
Herzschrittmacher? Ja Nein
Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Ohnmachtsneigung? Ja Nein
Herzinfarkt? Ja Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
Knochenstoffwechselerkrankung/Osteoporose? Ja Nein

Infektionserkrankungen: Hepatitis (A/B/C/___)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
HIV / AIDS? Ja Nein
Prionenerkrankung/Creutzfeldt-Jakob? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Glaukom Ja Nein
Asthma bronchiale Ja Nein
Tumor (Geschwulst/Krebs) Ja Nein

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- Ja Nein
oder Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo?

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat?

Wir wollen unseren Patienten Wartezeiten ersparen. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Dies gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen oder Patienten anzubieten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ort/Datum Unterschrift 