

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!

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient:

Mädchen

Junge

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

### Angaben zum Versicherten:

Mutter

Vater

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

Straße/PLZ/Ort .....

Telefon: .....

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

E-Mail: .....

### Bei getrennt lebenden Eltern (abweichende Rechnungsadresse):

Mutter

Vater

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

Straße/PLZ/Ort: .....

### Krankenkasse/Versicherung:

Gesetzlich

Privat

.....  
Name der Krankenversicherung/Versicherung

Bitte wenden >>

## Anamnese

Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten?  Ja  Nein

Falls ja, welche? .....

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Falls ja, weshalb? .....

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  Ja  Nein

Falls ja, welche? .....

Hat Ihr Kind Allergien (z.B. gegen Pflaster)?  Ja  Nein

Falls ja, welche? .....

Wurde Ihr Kind bereits im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein

Falls ja, in welcher Praxis? .....

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Falls ja, in welcher Praxis? .....

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, TBC, Pionierkrankung / Creutzfeldt Jakob)  
 Herzprobleme  Blutungsneigung  Ohnmachtsneigung  Asthma  Krampfanfälle  Diabetes  Tumore

**Schweigepflicht:** Ich entbinde die Zahnarztpraxis Dr. Heiner Geigle von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht.

Mit der Erlaubnis zur Weitergabe oder Anforderung von Röntgenbildern kann mehrfaches Röntgen vermieden werden. ....  Ja  Nein

**Kariesprophylaxe:** Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind im Rahmen der Kariesprophylaxe Fluoride verwendet werden dürfen. ....  Ja  Nein

**Zustimmung zur notwendigen Behandlung:** Ich stimme der zahnärztlichen und zahnchirurgischen Behandlung meines Kindes einschließlich des Gebrauches notwendiger und empfehlenswerter Lokalanästhetika, Röntgen und sonstiger diagnostischer Maßnahmen zu. ....  Ja  Nein

**Datenschutz:** Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden. ....  Ja  Nein

Ort/Datum ..... Unterschrift  .....