

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

Frau
 Herr Name Vorname Geburtsdatum
 Divers

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:

Herzkrankungen: 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?

Wichtige Informationen zur Terminvereinbarung

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.

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Termins

- Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, Termine werden für Sie reserviert.
- Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.
- Bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage (weniger als 24 Stunden vorher) erlauben wir uns die versäumte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Für einen Ausfall von je 60 Minuten berechnen wir 50,00 Euro.

Für einen Ausfall von je 30 Minuten berechnen wir 30,00 Euro.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

 Die Vereinbarung für das Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage habe ich gelesen und verstanden.

Ort/Datum Unterschrift 