

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

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 