



Dr. Thomas Geitl

Zahnarzt

Anschrift: Maximilianstr. 13a - 82319 Starnberg

Telefon: 08151 12221

Website: www.zahnarztpraxis-geitl.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** **nein**

Freiwillig versichert? **ja** **nein**

Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** **nein**

Liegt ein Pflegegrad vor? **ja** **nein**

Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** **nein**

Basistarif? **ja** **nein**

Beihilfeberechtigt? **ja** **nein**

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

Geb. am: _____

Anschrift: _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Patient: _____

Allgemeine Anamnese

Wer ist Ihr Hausarzt / Kinderarzt? _____

| | | |
|-------------------------------------|----|------|
| Herzerkrankung / Herzfehler | ja | nein |
| Diabetes | ja | nein |
| Lunge / Asthma | ja | nein |
| Blutgerinnungsstörung | ja | nein |
| Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? | ja | nein |

Wenn ja, welche? _____

Spezielle Anamnese

| | | |
|------------|----|------|
| Allergien? | ja | nein |
|------------|----|------|

Wenn ja, welche? _____

| | | |
|--|----|------|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? | ja | nein |
|--|----|------|

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Anamnese

| | | |
|--|----|------|
| Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? | ja | nein |
|--|----|------|

Wenn ja, bei wem? _____

| | | |
|---|----|------|
| Wurden in den letzten 24 Monaten Röntgenaufnahmen erstellt? | ja | nein |
|---|----|------|

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? | ja | nein |
|----------------------------------|----|------|

Wenn ja, welche (z.B. Schnuller, Daumen/ Finger, Nuckelflasche)? _____

| | | |
|-----------------------------------|----|------|
| Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? | ja | nein |
|-----------------------------------|----|------|

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne (pro Tag)? _____

Was trinkt Ihr Kind gewöhnlich (Saft, Milch, Tee, Wasser, etc.)? _____

| | | |
|----------------------------|----|------|
| Bekommt Ihr Kind Fluoride? | ja | nein |
|----------------------------|----|------|

Wenn ja, in welcher Form (Zahnpasta, Zahngelée, Tabletten)? _____

Beratungswunsch

| | | |
|--|----|------|
| Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe | ja | nein |
| Kariesrisikotest | ja | nein |
| Zusatzleistungen | ja | nein |

Eigene Fragen / Wünsche _____

Grund Ihres Besuches

| | | |
|-----------------------------|----|------|
| Erster Besuch beim Zahnarzt | ja | nein |
| Hat Ihr Kind Angst? | ja | nein |

Erziehungsberechtigte(r): _____

Datum, Unterschrift: _____