



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**

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** **nein**

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

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

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

Studentisch versichert? **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: _____

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herz-Kreislaufkrankungen	ja	nein
Hoher Blutdruck	ja	nein
Ohnmachtsneigung / Niedriger Blutdruck	ja	nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Haben Sie eine sonstige Erkrankung?	ja	nein
Wenn ja, welche?	_____	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	_____	
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten allergisch?	ja	nein
Wenn ja, bei welchen?	_____	
Sind Sie Raucher?	ja	nein
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja	nein
Wenn ja, in welchem Monat?	_____	

Grund Ihres Besuchs / Beratungswunsch

Kontrolluntersuchung	ja	nein
Professionelle Zahnreinigung	ja	nein
Zahnschmerzen	ja	nein
Zahnfleischbluten / Mundgeruch	ja	nein
Kiefergelenkbeschwerden / Knirschen	ja	nein
Zahnersatz / Implantate / Implantatversorgung	ja	nein
Bleichen der Zähne (Bleaching)	ja	nein
Sonstiges	_____	

Sie sind uns wichtig

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja	nein
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja	nein
Starker Würgereiz	ja	nein
Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	_____	

Patient: _____

Datum, Unterschrift: _____