

**Gesundheitsfragebogen**

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Ärztegeheimnis.

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, warum?

Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Antikoagulantien (Medikamente zur Blutverdünnung) oder neigen Sie zu Blutungen?  Ja  Nein

Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?  Ja  Nein

Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenkprothesen?  Ja  Nein

Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief?  Ja  Nein

Schnarchen Sie und / oder leiden Sie an Tagesmüdigkeit?  Ja  Nein

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien etc.?  Ja  Nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma oder Lungenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen – oder Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheumatismus, Scharlach, oft Angina, Polyarthrit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angina pectoris oder Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer / Gesichtsbereich bestrahlt?  Ja  Nein

Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose etc.)?  Ja  Nein

Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?  Ja  Nein

Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Sind Sie an folgenden Leistungen interessiert?

Weißer Füllungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anästhesie (Spritzen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mundhygiene	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich möchte per SMS an meinen Termin erinnert werden.  Ja  Nein

**Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam**, dass bei Nichteinhalten eines Termins bzw. keiner rechtzeitigen Absage (mind. 24 Stunden vorher) der Zeitaufwand in Rechnung gestellt wird.

**Wir sind eine Wahlarztpraxis und können daher keine Leistungen direkt mit Ihrer Kasse verrechnen.**

Datum

Unterschrift

**Anmeldefragebogen**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Bei Kindern** Vorname Vater / Mutter \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf von Vater / Mutter \_\_\_\_\_

Überweisung / empfohlen durch \_\_\_\_\_

Hausarzt behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Kostenträger** \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Privat  KUF  BVAEB  SVS  ÖGK-T  andere

Genaue Angaben (Name des Kostenträgers)

**Grund der Konsultation**

Gefallen Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne?  Ja  Nein

Ist Ihnen die Ästhetik wichtig?  Ja  Nein