

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN ERWACHSENE

Sehr geehrte Herr/Frau

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER ORDINATION !

Für die optimale Beratung und Behandlungserfolg ist die Erhebung einiger persönlicher Daten nicht nur notwendig sondern auch **gesetzlich verpflichtend**.

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig und gewissenhaft aus.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich **der ärztlichen Schweigepflicht** und werden vertraulich behandelt.

Herzlich Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Daten

Name: Vorname Titel

Geburtsdatum: Vers. Nr. Krankenkasse:

Adresse: PIZ/Ort:

Telefon / privat: E-Mail:

Beruf: Dienstgeber

Hauptversicherter: Zusatzversicherung

Grund ihres Besuches:

Was ist ihr Hauptanliegen

Wie sind Sie zu uns gekommen? durch Empfehlung Internet Telefonbuch anderes

Allgemeine Anamnese:

Sind Sie derzeit in ärztl. Behandlung ? (Grund).....

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? (welche).....

Besteht der Zeit eine Schwangerschaft? (welche Schwangerschaftswoche)

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? / Herzklappenersatz ?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

Haben sie folgende Erkrankungen?

Arthrose (Gelenkserkrankungen) Asthma Hämophilie (Bluterkrankheit)

Bluthochdruck (Hypertonie) Diabetes (Zuckerkrankheit)

Epilepsie, Krampfleiden Tuberkulose Glaukom (grüner Star)

Herzerkrankungen Herzinfarkt Nierenleiden

HIV +/AIDS Hepatitis B/C Andere.....

Haben Sie folgende Allergie/Unverträglichkeit?

Penicillin Tetracyclin Jod Lokalanästhesie

Latex Composite Amalgam Nickel /Chrom

Dental metallegierung Modeschmuck Andere.....

Zahnmedizinische Anamnese:

Haben Sie Angst bei Zahnarztbesuch? Ja / Nein Leicht Mitter stark

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja / Nein

Haben/Hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja / Nein

Sind Sie mit dem Aussehen ihres Zahnes zufrieden? Ja /Nein

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung, was wurde gemacht?

Wünschen Sie Lachgas bei Ihrer Zahnbehandlung? Ja /Nein
Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung? Ja / Nein
Wollen Sie rechtzeitig zum nächsten Kontrolltermin eingeladen werden? Ja / Nein

Allgemeine Risikoauflärung der zahnärztlichen Behandlung !

Wir möchten auch unserer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, Sie über extrem seltene, jedoch mögliche Risiken bei zahnärztlichen Behandlungen zu informieren.

Wie wir alle wissen, alle Therapieformen und Heilbehandlungen bringen Nutzen, zugleich verbirgt sich auch ein gewisses Risiko.

Bei uns werden nur hochwertige Medikamente und Materialien verwendet. Trotzdem kann es in sehr seltenen Fällen zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Bei Bestehen von manchen Vorerkrankungen sowie bei Überempfindlichkeit können im Zuge einer Schmerzausschaltung durch zahnärztliche Anästhesie Komplikationen im Bereich des Herzkreislaufsystems bzw. der Atmung, sowie Unverträglichkeitsreaktionen auftreten, sie sind jedoch selten. Ebenso kann trotz modernster Absaugtechnik die Möglichkeit einer Verlagerung von Fremdkörpern in die Speise -oder Luftröhre nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass nach zahnärztlichen Behandlungen die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann und das vom Lenken von Maschinen bzw. Kraftfahrzeugen abgeraten wird.

Termine:

Unsere Praxis arbeitet mit Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin fix für Sie reservieren.

Bitte geben Sie Terminänderungen mindestens 2 Werktage im Voraus bekannt. Bei Terminstornierung innerhalb 24 h müssen wir € 50.- in Rechnung stellen, bei Nichterscheinen werden € 100.- automatisch verrechnet.

Sollten Sie ohne eCard zur einer Behandlung erscheinen und diese nicht innerhalb von 14 Tagen nachbringen, kann die Leistung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden, wir müssen Ihnen dann die erbrachte Leistung als Privathonorar verrechnen.

Hinweis:

Bitte beachten Sie: **Wir sind Wahlzahnarztordination mit KFA, SVA . Falles Sie nicht bei KFA, SVA versichert sind, werden die Kassenleistungen von Ihrer Krankenkasse (z.B. WGKK) zu 80 % rückerstattet.**

Über Privatleistungen werden wir Sie im Vorhinein informieren (auf Wunsch mit schriftlichem Heilkostenplan).

Datenschutzerklärung:

Im Zuge der Behandlung werden Ihre Daten in unserer Datenbank gespeichert und nur im Bedarfsfall an den Überweiser, Zahntechniker, Buchhaltung und Krankenversicherungsträger weitergegeben.

Bei Fragen steht Ihnen das gesamte Praxisteam, bzw. die behandelnde Ärztin jederzeit zur Verfügung.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben. Weiteres bestätige ich, dass ich den Inhalt dieses Fragebogens gelesen und verstanden habe.

Wien, am

.....
Unterschrift Patientin/Patient
bzw. gesetzl. Vertreter/in