

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen **vollständig** aus. Sie tragen dazu bei, daß wir Ihren Gesundheitszustand richtig beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können.

**Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie auch die Rückseite des Formulars!**

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Postleitzahl ..... Ort .....

Versicherungsnummer:..... Geb.datum: .....

Krankenkasse: ..... Telefon: .....

Beruf: ..... Zusatz Vers: .....

*Nur auszufüllen im Falle einer Mitversicherung mit Angehörigen (Elternteil/Ehepartner):*

Hauptversicherter: ..... Vers.Nr/Geb.Datum: .....

*Wir erledigen die Einreichung bei Ihrer Krankenkasse gerne für Sie! Daher geben Sie bitte Ihre Kontodaten bekannt!*

IBAN: ..... BIC: .....

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, Nickel)?

Wenn ja, welche? Ja  / Nein  .....

Rauchen Sie? Ja  / Nein

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!  
Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Arthrose (Gelenkserkrankungen) Ja  / Nein  .....

Hämophilie (Bluterkrankheit)/Blutungsneigung Ja  / Nein  .....

Bluthochdruck (Hypertonie) Ja  / Nein  .....

Kollapsneigung Ja  / Nein  .....

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?  
Wenn ja, welche? Ja  / Nein  .....

Asthma Ja  / Nein  .....

Epilepsie, Krampfleiden Ja  / Nein  .....

Geschlechtskrankheiten Ja  / Nein  .....

Tuberkulose (Schwindsucht) Ja  / Nein  .....

Glaukom (grüner Star) Ja  / Nein  .....

Herzerkrankungen Ja  / Nein  .....

Herzinfarkt Ja  / Nein  .....



Dr. med. dent.  
**Barbara Sarlay**

- Herzschrittmacher Ja  / Nein  .....
- HIV+ (AIDS) Ja  / Nein  .....
- Infektiöse Hepatitis(Gelbsucht, Lebererkrankung) Ja  / Nein  .....
- Nierenleiden Ja  / Nein  .....
- Infektiöse Erkrankungen Ja  / Nein  .....
- Sonstige Erkrankungen oder Operationen  
Wenn ja, welche? Ja  / Nein  .....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche? Ja  / Nein  .....
- Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen Ja  / Nein  .....
- Für weibliche Patienten:  
Sind Sie derzeit schwanger? Ja  / Nein  .....
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja  / Nein  .....
- Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja  / Nein  .....
- Wann wurde das letzte Panoramaröntgen gemacht? .....

Zahnärztin im Generationenhaus  
Rabnitzstraße 19  
8063 Eggersdorf bei Graz  
Tel./Fax 03117/21998  
praxis@zahnarzt-eggersdorf.at  
www.zahnarzt-eggersdorf.at

**Bitte beachten Sie!**

Wünschen Sie **bei Füllungen eine lokale Anästhesie (Spritze)** zur schmerzfreien Behandlung? Diese kostet **16 Euro** und wird nur bei Wurzelbehandlungen und Extraktionen (Zahn ziehen) von der Krankenkasse bezahlt.  
Ja  / Nein

**Da Amalgam zur Hälfte aus giftigem Quecksilber und zur anderen Hälfte aus unedlen Metallen wie Zinn, Zink, Kupfer, Silber und Indium besteht, bieten wir ab jetzt aus Rücksicht auf Ihre und unsere Gesundheit KEINE Amalgamfüllungen mehr an.**

**Wir versorgen kleine bis mittelgroße Füllungen mit zahnfarbenen Kunststoff (Komposit).**

**Größere Defekte empfehlen wir mit bioverträglichen Keramik-Einlagefüllungen (Inlays) zu versorgen, damit Ihre Zähne möglichst lange erhalten bleiben können.**

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja  / Nein

Möchten Sie eine angstfreie Behandlung unter Lachgas? Ja  / Nein

Möchten Sie eine Amalgamentgiftung? Ja  / Nein

Haben Sie den Wunsch nach weisseren Zähnen? Ja  / Nein

**Es kann natürlich immer etwas dazwischen kommen, aber wir bitten bei Terminabsagen oder -änderungen um rechtzeitige Bekanntgabe!**

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragenbogen ändern.  
Sollten Sie noch weitere Fragen haben stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Eggersdorf, am

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname