

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie in **Blockschrift** und **Lesbar** die Folgende 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.

Nachname: **Vorname:**

Adresse:

Postleitzahl: **Ort:**

Versicherungsnummer: **Geb. Datum:**

Krankenkasse: **Telefon:**

Beruf: **Zusatz Vers.:**

E-Mail:

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 bitten wir um Bekanntgabe Ihrer Kontoverbindung!

IBAN: **BIC:**

Wie sind Sie auf unsere Ordination gekommen?

Empfehlung Internet Inserat anderer Grund: _____

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

Wenn ja, welche? Ja / Nein

Rauchen Sie? Ja / Nein

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

Arthrose (Gelenkserkrankung) Ja / Nein

Hämophilie (Bluterkrankheit)/Blutungsneigung Ja / Nein

Bluthochdruck (Hypertonie) Ja / Nein

Kollaps Neigung Ja / Nein

Nehmen sie **blutgerinnungshemmende Medikamente**?

Wenn ja, welche? Ja / Nein

Asthma Ja / Nein

Epilepsie, Krampfleiden Ja / Nein

- Geschlechtskrankheiten Ja / Nein
- Tuberkulose Ja / Nein
- Glaukom (grüner Star) Ja / Nein
- Herzerkrankungen** Ja / Nein
- Herzinfarkt Ja / Nein
- Herzschrittmacher Ja / Nein
- Schilddrüse Ja / Nein
- HIV+ (AIDS) Ja / Nein
- Infektiöse Hepatitis (Gelbsucht, Lebererkrankung) Ja / Nein
- Nierenleiden Ja / Nein
- Infektiöse Erkrankung Ja / Nein
- Sonstige Erkrankungen oder Operationen
 Wenn ja, welche? Ja / Nein
- Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?**
 Wenn ja, welche? Ja / Nein
- Ungewöhnliche Reaktion 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

Bitte beachten Sie!

Wünschen Sie um 27 € bei Füllungen eine lokale Anästhesie (Spritze) zur schmerzfreien Behandlung?

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

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?

Ja / Nein

Haben Sie den Wunsch nach weißeren Zähnen?

Ja / Nein

Es kann natürlich immer etwas dazwischenkommen, aber wir bitten bei Terminabsagen oder – Änderungen um rechtzeitige Bekanntgabe!

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

Einverständniserklärung zur Erhebung bzw. Übermittlung von Patientendaten

Ich _____ erkläre mich einverstanden, dass die
(Vor-, Nachname, Adresse, Geburtsdatum)

Ordination Dr.med. dent. Barbara Sarlay meine personenbezogenen Daten zum Zwecke einer zahnärztlichen Behandlung erheben, verarbeiten und nützen darf.

- Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung an andere Ärzte übermittelt werden dürfen.

- Mir per Post, SMS oder Recall Terminerinnerungen übermittelt werden dürfen.

(bei Zustimmung bitte ankreuzen)

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden haben und dieser zustimmen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____


Dr.med.dent.
Barbara Sarlay