



Ordinationsgemeinschaft

Dr. Wolfgang Leitner * Dr. Christian Brunner * Dr. Ulrike Reitingner

Gesundheitsfragebogen

Patient/in

Vor- und Zuname:			
Geburtsdatum:			
Strasse:			
Plz:		Ort:	
TelNr.:		Mobiltelefon:	
Email:			
Versicherungsnummer:			
Versicherungsanstalt:			
Arbeitgeber:			
TelNr.:			

Versicherte/r:

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Versicherungsnummer:	
Versicherungsanstalt:	
Zahn-Zusatzversicherung:	

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dadurch ist es uns möglich, Sie besser betreuen und beraten zu können.

Bitte kreuzen Sie an!

Neigen Sie zu Ohnmacht ? Ja Nein

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Weshalb? Ja Nein

Leiden Sie unter:

Zuckerkrankheit / Diabetes Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Herzfehler/Herzbeschwerden/Herzerkrankung Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Magen- Darmerkrankungen Ja Nein

Nervenerkrankungen Ja Nein
Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Hepatitis (Gelbsucht) Ja Nein
Immunschwäche (HIV-positiv) Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Bluterkrankung Hämophile Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: Ja Nein

Bluten Sie bei Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach? Ja Nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein

Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen (Anästhesie)? Ja Nein

Wann fand die letzte Zahnbehandlung statt?

Wann wurde das letzte Panoramaröntgen gemacht?

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welches?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Wenn ja, welches?

Allergie (Asthma, Überempfindlichkeit, Sonstige)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung bzw. Prophylaxesitzung? Ja Nein

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Sind Sie gerade in der Stillzeit? Ja Nein

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach Kassentarifen verrechnet.

Achtung: Kronen-, Brücken-, Gold und Keramikarbeiten sind keine Kassenleistungen!!

Würden Sie gerne in unserer Ordination mit BakomatKasse bezahlen? Ja Nein

Im Zuge der zahnärztlichen Behandlung ist häufig eine Schmerzausschaltung (Anästhesie) erforderlich. Wie bei allen Anästhesieverfahren sind lebensbedrohliche Komplikationen, z.B. Herzkreislauf- bzw. Atemstillstand und schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen möglich, aber selbst bei Kleinkindern oder schlechtem Allgemeinzustand äußerst selten. Auch kann trotz modernster Absaugtechnik die Möglichkeit einer Verlagerung von Fremdkörper in die Speiseröhre oder Luftröhre nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Um alle Risiken so gering wie möglich zu halten ist es besonders wichtig, dass Sie den Gesundheitsfragebogen gewissenhaft ausgefüllt haben. Den Gesundheitsfragebogen habe ich gelesen, verstanden und meine Fragen wurden von Ärzten/innen vollständig und verständlich beantwortet.

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Datum:

Unterschrift: