

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse gewissenhaft vor der Behandlung auszufüllen, damit wir auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können. Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Bogens benötigen oder Fragen haben, steht Ihnen unser Personal selbstverständlich zur Verfügung!

Eine aktuelle und vollständige Medikamentenliste ist zu jedem Termin mitzubringen!

Persönliche Daten:

Name: Versicherter:

Adresse: Krankenkasse/ Selbstzahler:

..... Sozialversicherungsnummer:

Telefon: Geburtsdatum:

E-Mail: Zahn- Zusatzversicherung:

Ich möchte Informationen über Termin- Hausarzt:
 änderungen und Terminerinnerungen erhalten.

ja, per SMS ja, per E-Mail nein

Diese Zustimmung kann jederzeit per E-Mail (ambulatorien@bvaeb.at) widerrufen werden.

Gesundheitsfragebogen:

1) Nehmen Sie Medikamente ein? **JA NEIN**
Wenn ja, welche?

2) Bekommen Sie regelmäßig Injektionen? **JA NEIN**
Wenn ja, welche?

3) Leiden Sie an einer Allergie/ **JA NEIN**
 Medikamentenunverträglichkeit?
Wenn ja, an welcher?

4) Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit **JA NEIN**
 (z.B. Hepatitis A, B, C, Tuberkulose, HIV/ AIDS oder andere)
Wenn ja, an welcher?

5) Leiden oder litten Sie an Diabetes mellitus **JA NEIN**
 (Zuckerkrankheit) ?

6) Leiden oder litten Sie an Osteoporose? **JA NEIN**

7) Sind Sie oder könnten Sie schwanger sein? **JA NEIN**

8) Stillen Sie derzeit? **JA NEIN**

9) Leiden oder litten Sie an Epilepsie? **JA NEIN**

10) Haben Sie eine angeborene Blutungsneigung **JA NEIN**
 (häufig blaue Flecken und / oder Nasenbluten) oder
 nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Bitte wenden!

11) Leiden oder litten Sie an einer Atemwegserkrankung? JA NEIN

(z.B. Asthma, COPD)

Wenn ja, an welcher?

12) Rauchen Sie? JA NEIN

Wenn ja, wieviel pro Tag?

13) Haben Sie eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems? JA NEIN

(z.B. Klappenersatz, Bluthochdruck, Rhythmusstörung, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Ohnmachtneigung)?

Wenn ja, welche?

14) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? JA NEIN

15) Haben Sie eine Erkrankung der Augen? JA NEIN

(z.B. Glaukom, grüner Star)

Wenn ja, welche?

16) Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse? JA NEIN

Wenn ja, welche?

17) Haben Sie eine Erkrankung der Nieren? JA NEIN

Wenn ja, welche?

18) Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane? JA NEIN

Wenn ja, welche?

19) Haben/Hatten Sie eine Tumorerkrankung/
Chemo- oder Strahlentherapie? JA NEIN

Wenn ja, wann?

20) Hatten Sie kürzlich eine Operation? JA NEIN

Wenn ja, welche?

21) Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? JA NEIN

Wenn ja, an welcher?

22) Haben Sie eine Immunschwäche? JA NEIN

23) Leiden Sie an einer Erkrankung des Nervensystems
oder liegt eine psychische Erkrankung vor? JA NEIN

Wenn ja, welche?

24) Hatten Sie im vergangenen Jahr einen Schlaganfall? JA NEIN

25) Warum suchen Sie uns heute auf?

- Schmerzen / Schwellungen Kontrolle Zahnersatz/ Prothesenprobleme
 Zahnfleischbluten Zahn- oder Füllungsbruch Beratung/ Zweitmeinung

26) Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolle?

27) Tritt bei Ihnen Zahnfleischbluten auf?
(z.B. beim Zähneputzen) JA NEIN

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung meiner persönlichen oder medizinischen Daten so bald wie möglich bekannt geben muss. Nur so können wir die bestmögliche Behandlung und Versorgung gewährleisten! Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht in Anspruch nehmen können, wird höflichst ersucht, dies mindestens 24 Stunden im Vorhinein bekanntzugeben!

Ort/Datum

Unterschrift PatientIn/Erziehungsberechtigte/: