

## **ANMELDEFORMULAR**

Nachname:	Vorname:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Strasse:	Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Email:
Krankenkasse:	Beruf:
Arbeitgeber:	Dienstort:

**Wenn nicht selbst versichert, MUSS der Hauptversicherte zusätzlich angegeben werden:**

Nachname:	Vorname:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Strasse:	Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Krankenkasse:

Ihre persönlichen Daten und Angaben zu Ihrer Gesundheit werden in unserem System hinterlegt. Wir nutzen diese Daten, um Sie medizinisch bestens zu betreuen und Sie an wichtige Termine zu erinnern. Falls erforderlich, leiten wir Bildaufnahmen wie Röntgenbilder oder Mund-Fotoaufnahmen und Befunde an andere Mediziner oder Versicherungsträger weiter.

Einwilligung zur Datenspeicherung	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
Die Erinnerung zu Terminen (sms und email) darf erfolgen	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
Einwilligung zur Weiterleitung von Bildern/Befunden	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	

**Wir bitten Sie höflichst, im Falle einer Verhinderung Ihren Termin rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abzusagen oder zu verschieben. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten/Erziehungs- oder Obsorgeberechtigter**

***BITTE WENDEN !!***

# GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Bitte zutreffendes ankreuzen!

ja      nein

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Meine Zähne sind mir wichtig? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie zur Zeit Allgemeinbeschwerden? Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?<br>Welche/Weswegen? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie wegen schwerer Krankheiten innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt?<br>Weshalb? .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?   |                          |                          |
| a. Herzfehler oder Herzbeschwerden .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Schilddrüsenerkrankungen .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Allergien (Asthma, Überempfindlichkeiten) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vertragen Sie Medikamente nicht?<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Krampfanfälle .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Zuckerkrankheit .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Leberleiden oder Gelbsucht/Hepatitis.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tuberkulose oder HIV/Aids .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Augenleiden .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Osteoporose .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bluten Sie nach Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach (Blutverdünnung?) ..                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?<br>Welche? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| 7. Für Frauen: Sind Sie schwanger? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mein Hausarzt: .....  |                          |                          |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich obsorgeberechtigt bzw. vom obsorgeberechtigten bevollmächtigter Stellvertreter des Patienten (der Patientin) bin.

Nach einer zahnärztlichen Behandlung kann die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein. Es wird davon abgeraten, ein Kraftfahrzeug zu lenken oder Maschinen zu betätigen.

Schriftlich ausgeführte Behandlungspläne und Fallplanungen sind kostenpflichtig. Bei Durchführung der geplanten Arbeiten erstatten wir Ihnen diese Planungspauschalen natürlich wieder zurück.

Ein Widerruf der Datenspeicherung ist jederzeit schriftlich per Brief oder email an [praxis@zahnarzt-mittersill.at](mailto:praxis@zahnarzt-mittersill.at) möglich.

---

Unterschrift des Patienten/Erziehungs- oder Obsorgeberechtigter

Unterschrift des Arztes