Anmeldung

Wir freuen uns, Sie für Ihre Zahngesundheit betreuen zu dürfen!

Patient/In

Name	Vorname	geb.:
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Tel:
Beruf	Arbeitgeber	Tel. geschäftlich:
Fax:	E-mail:	Handy:

Versicherter (falls von Patient/in abweichend)

Name	Vorname	geb.:
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Tel:

Versicherungsverhältnis

Gesetzlich	Privat	
Krankenkasse:	private Zusatzversicherung:	Versicherung:

Empfohlen von / Überwiesen durch: _____

Was ist der Grund Ihres Kommens? _____

Allgemeine Gesundheitsfragen (bitte zur eigenen Sicherheit ausfüllen)

bitte Zutreffendes ankreuzen		ggf. unterstreichen, ergänzen
ja	nein	Erkrankungen des Herzens Herzfehler, -Klappenersatz, -Infarkt, Schrittmacher, Angina pectoris, Operation, Endokarditis
ja	nein	Blut- und Kreislauferkrankungen Gerinnungsstörungen, Blaue Flecken, Nachblutung, Blutdruckabweichungen, Schlaganfall
ja	nein	Stoffwechselstörungen Zucker (Diabetes), Schilddrüse, Rheuma, Lunge (Asthma.....), Leber, Niere, Magen-Darm (Sodbrennen, Erbrechen)
ja	nein	Anfallsleiden und Nervenerkrankungen Epilepsie, Parkinson, Depression, Schlafstörung, Migräne
ja	nein	Infektionskrankheiten Herpes, Hepatitis, Tbc, HIV
ja	nein	Erkrankungen des Bewegungsapparates Arthrosen, Rheuma, M. Bechterew, Halswirbelsäule, Wirbelsäule
ja	nein	Sonstiges, z.B. Unfall, Tumor bitte angeben
ja	nein	Nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit Medikamente ein? Wofür? Welche? Seit wann?
ja	nein	Sind Allergien, bzw. Unverträglichkeiten gegen Lokalanästhetika (Spritze), Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle, Haushaltsreinigungsmittel usw. bekannt? Wogegen? Liegt Allergiepass vor?
ja	nein	Besteht eine Schwangerschaft?

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

bitte ankreuzen		ggf. ergänzen	
ja	nein	Haben Sie Probleme, Schmerzen im Kopf-, Mund- oder Kieferbereich? Welche? Was ist Ihnen an Ihren Zähnen wichtig?	
ja	nein	Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenbilder angefertigt worden? Wenn ja wann?	
ja	nein	Wünschen Sie eine Behandlung in örtlicher Betäubung?	
ja	nein	Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?	ja nein Besteht eine Ohnmachtneigung?

Haben Sie Probleme mit

ja	nein	empfindlichen Zähnen?	ja	nein	Zahnfleischbluten?
ja	nein	beim Kauen?	ja	nein	Zahnfleischartropfung?
ja	nein	mit Ihrem Zahnersatz?	ja	nein	Kopfschmerzen, Migräne?
ja	nein	Mundgeruch?	ja	nein	Kiefergelenkgeräuschen?
ja	nein	Rauchen Sie?	ja	nein	Knirschen oder pressen Sie?

Behandlungsmethoden

ja	nein	Kassenpatienten: Wünschen Sie lediglich eine Versorgung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Möglichkeiten, die laut Gesetz nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein dürfen?
ja	nein	Wünschen Sie eine darüber hinausgehende Beratung über haltbarere, schönere, biologischere und komfortablere Behandlungsmethoden (z.B. Gold- Keramikfüllungen, Implantate (künstliche Zahnwurzeln), zeitgemäße Parodontosebehandlung, haltbare Prothetik, Ernährungs- und Mundhygieneberatung, usw.?)
ja	nein	Ist Ihnen Ihre Zahnästhetik wichtig? Wir beraten Sie über Veränderung der Zahnfarbe, Entfernung von Flecken, verfärbten Füllungen, schwarze Kronenränder, verfärbtes Zahnfleisch, Zahnstellung

Erklärung

Ihre Zeit und Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Ordination nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für **Sie** reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens **24 Stunden vorher** um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir reservierte, aber nicht in Anspruch genommene Behandlungszeit gegebenenfalls in Rechnung stellen müssen.

Kassenpatienten (KFA, SVG): Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, müssen wir die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

Achtung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach Gabe einer Lokal -bzw. Leitungsanästhesie (Injektion) meine Verkehrstüchtigkeit für mind. 3 Stunden beeinträchtigt ist.

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten **Recall-Service** an. Sie werden von uns halbjährlich angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung des Kontrolltermins zu erinnern. Auf welchem Wege dürfen wir Sie informieren?

Telefon Post E-Mail SMS

Ich verpflichte mich, alle gesundheitlichen Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Wien, am _____

**Unterschrift PatientIn/Gesetzlicher
VertreterIn**