

**Zahnärzte**

Dr. med. univ. Dr. med. dent.

Cornelia Zwicknagel

Dr. med. dent.

Stefan StrasserKlausgasse 49
A-5730 MittersillTel. +43 (0) 65 62 / 48 650
Fax. +43 (0) 65 62 / 48 650 50info@praxis-zwicknagel-strasser.at
www.praxis-zwicknagel-strasser.at

Anmeldeformular

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Danke.

Patient Nr. _____

Familiennamenname Vorname_____
Vers. Nr. Geb. datum Akad. Grad_____
Straße_____
PLZ Ort Land_____
Telefon- / Mobilnummer_____
E-Mail_____
Hausarzt Krankenkasse_____
Dienstgeber**Mitversichert bei**_____
Familiennamenname Vorname_____
Vers. Nr. Geb. datum Akad. Grad_____
Straße_____
PLZ Ort Land_____
Telefon- / Mobilnummer_____
E-Mail_____
Verwandschaftsgrad_____
Datum / Unterschrift Patient

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, darauf hingewiesen worden zu sein, dass ich in einer WAHLARZTPRAXIS behandelt werde, d.h. eine Behandlung auf Krankenschein oder Überweisungsschein NICHT erfolgen kann und ich für die Behandlung / Untersuchung / Beratung eine Honorarnote erhalte, welche ich unmittelbar nach der Behandlung BAR oder mittels BANKOMAT- / KREDITKARTE zu begleichen habe.

Gerne reichen wir Ihre Honorarnote für die Kostenrückerstattung bei Ihrer Versicherung ein.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung erlauben wir uns, ein Honorar zu verrechnen.

**Zahnärzte**Dr. med. univ. Dr. med. dent.
Cornelia ZwicknagelDr. med. dent.
Stefan StrasserKlausgasse 49
A-5730 MittersillTel. +43 (0) 65 62 / 48 650
Fax. +43 (0) 65 62 / 48 650 50info@praxis-zwicknagel-strasser.at
www.praxis-zwicknagel-strasser.at

Anamnesebogen

Nachstehende Fragen bitte ankreuzen bzw. in Blockbuchstaben ausfüllen. Danke.

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Besteht eine Allergie (z.B. örtliche Betäubungsmittel, Latexallergie, Medikamente)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Besteht eine Unverträglichkeit auf Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Wie ist Ihr Blutdruck?	<input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Hoch
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Leiden/Litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="radio"/> Krebserkrankung <input type="radio"/> Herzerkrankung (Herzinfarkt / -klappenfehler o.ä.) <input type="radio"/> Lungenerkrankung (Asthma / Atemnot o.ä.) <input type="radio"/> Schlaganfall / Gehirnblutung <input type="radio"/> Blutkrankheit / erhöhte Blutungsneigung <input type="radio"/> HIV/AIDS <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> andere chronische Erkrankungen, wenn ja, welche? _____ <input type="radio"/> andere Infektionskrankheiten, wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Für Frauen: Sind Sie schwanger, wenn ja, in welcher Woche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Rauchen Sie, wenn ja, wie viel? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Knacken Ihre Kiefergelenke? Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Hatten Sie eine Kieferregulierung (Zahnsperre)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Bestehen bei Ihnen Unverträglichkeiten auf zahnärztliche Materialien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Sind Sie an Prophylaxemaßnahmen interessiert (professionelle Zahnreinigung)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähne putzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Glauben Sie, dass Ihre Zähne scheinbar länger geworden sind oder sind die Zahnzwischenräume größer geworden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Haben Sie Zahnarztangst?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Datum / Unterschrift Patient

Unterschrift Zahnarzt