

Gesundheitsfragebogen

O R D I N A T I O N



DDr. Alexandra Schaubensteiner

Allgemeine Informationen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Sozialversicherung: _____

Sind Sie **mitversichert**? Wenn ja, bitte die Daten des Versicherten / der Versicherten ausfüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Sozialversicherung: _____

Weitere Patientendaten:

Dienstgeber: _____

Adresse des Dienstgebers: _____

Wohnanschrift: _____

Straße mit Hausnummer: _____

Stadt mit Postleitzahl: _____

Staat: _____

Telefon (mobil und/oder Festnetz): Mobil: _____ Festnetz: _____

Empfängen Sie SMS und lesen diese? Ja Nein

E-Mail-Adresse: _____

Sollte eine Zahnversicherung bestehen, bei welcher Versicherung:



Gesundheitszustand und Medikamente:

Fühlen Sie sich gesund? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und warum?

Haben Sie Allergien auf Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, auf welche?

Haben Sie Betäubungen („Spritzen“) bei einer Zahnbehandlung immer gut vertragen? Ja Nein

Wenn nein, wie haben Sie reagiert?

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

- Thrombo ASS Ja Nein

- Marcoumar Ja Nein
(bitte Ausweis vorbereiten) Aktueller INR Wert: _____ Datum der Messung: _____

- Sintrom Ja Nein

Bluten Sie nach Verletzungen lange? Ja Nein

Haben Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Wenn ja, woran leiden Sie und seit wann?

Leiden Sie an Diabetes? Ja Nein

Wenn ja, an welchem Typ? Typ I Typ II

Leiden Sie an einer Erkrankung der oberen Atemwege (Asthma, Bronchitis)? Ja Nein



Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?

- | | | |
|---------------|--------------------------|----------------------------|
| Überfunktion | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Unterfunktion | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Mb. Hashimoto | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

Sind Sie Raucher/in? Ja Nein

Wann war Ihre letzte zahnärztliche
Behandlung?

Welches Anliegen haben Sie heute?

(Bei Frauen)

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, die wievielte Schwangerschaft
ist es?

Schwangerschaftswoche:

Entbindungstermin:

Verlief die Schwangerschaft bis jetzt
komplikationslos?

Ja Nein

Wer ist Ihr betreuender Arzt/Ärztin?

Ich erkläre, dass ich den Gesundheitsfragebogen sorgfältig nach meinem Wissen ausgefüllt habe.

Die Informationen über das Wahlzahnarztssystem habe ich erhalten.

Bei Nichteinhalten des vereinbarten Termins kann ein Verdienstentgang über die entsprechende Zeit
verrechnet werden.

Datum, Unterschrift

(bei Kindern bis zum 14. Lj. ein Erziehungsberechtigter)