

**Titel, Vorname, NACHNAME:**

..... m w Geb. Datum: .....  
Krankenkasse: ..... Vers. Nr.: .....  
Adresse: ..... PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....  
Beruf: .....

**Hauptversicherter** (wenn Pat. nicht hauptversichert ist): .....

Krankenkasse: ..... Vers. Nr.: ..... Geb. Datum: .....

Bitte füllen Sie folgende Fragen vollständig aus. **Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

ja nein

Bluthochdruck / niedriger Blutdruck:    
Blutgerinnungsstörung:    
Herzinfarkt, Herzschrittmacher:   Wenn ja, wann? .....  
Zuckerkrankheit (Diabetes):   Wenn ja, behandelt? .....  
Asthma, Lungenerkrankung, Tuberkulose:    
Osteoporose (Knochenschwund):   Wenn ja, behandelt? .....  
Tumorerkrankung:   Wenn ja, behandelt? .....  
Epilepsie, Krampfleiden, Kollapsneigung:    
Infektiöse Erkrankungen (Hepatitis, HIV):   Wenn ja, welche? .....  
Allergien („Spritze“, Medikamente etc.):   Wenn ja, welche? .....  
Sonstige Erkrankungen oder Operationen:   Wenn ja, welche? .....  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?   Wenn ja, welche?.....  
Raucher    
Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwanger?   Wenn ja, welche Woche? .....

**Haben Sie eine der folgenden Symptome?** Bitte nebenstehend ankreuzen. (Es sind mehrere Antworten möglich.)

Kiefergelenksprobleme  Zähneknirschen  Zahnfleischerkrankung   
Sprachprobleme  Mandel, Polyp OP  Nägelkauen

Mein Hauptanliegen ist: Erstberatung  Zweitmeinung

Mit welchen Anliegen kommen Sie zu uns? .....

Haben Sie ein spezielles Interesse? .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet  zahnspangensuche.at  Facebook/soziale Medien

Überwiesen von Arzt/Ärztin: .....Empfehlung von PatientIn/Bekannte: ..... anderes: .....

Bei Terminabsagen bitten wir um rechtzeitige Bekanntgabe mindestens einen Tag vor dem Termin. Sollten Sie zum vereinbarten **Termin nicht erscheinen** erlauben wir uns **50,- €** in Rechnung zu stellen. Versäumte Mundhygiene-Termine müssen wir voll verrechnen.

Alle Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bitte verständigen Sie uns, wenn sich die angegebenen Daten ändern. Im Zuge der Behandlung Patientendaten (Namen, Geburtsdatum, Adress-/Kontaktdaten, Gesundheitsdaten) werden gespeichert. Ihre Datensicherheit ist uns besonders wichtig. Die personenbezogene Daten werden gemäß **EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der **Patienteninformation zum Datenschutz** (ausgehängt auch in Wartebereich), in der alle erforderlichen Informationen zur Verarbeitung der Daten sowie zu meinen Rechten angeführt sind.

Wien, am .....

.....

Unterschrift des Patienten