

PATIENT: Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____ Patient ist <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> mitversichert <input type="checkbox"/> zusatzversichert <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Versicherungs-Nr.</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> </td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> </table>	Versicherungs-Nr.	Geburtsdatum	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>									Tag	Monat	Jahr						Jahr	PLZ, Wohnort: _____ Straße, Nr.: _____ Telefon privat: _____ Mobil: _____ Versicherter: _____ Beruf: _____ Dienstgeber: _____ Telefon Firma: _____ Empfohlen durch: _____
Versicherungs-Nr.	Geburtsdatum																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>									Tag	Monat	Jahr						Jahr				
Tag	Monat	Jahr																			

Lieber Patient!

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen sorgfältig, denn nur dann kann ich für Sie die geeignetste Behandlungsmethode auswählen. Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an. Alle Angaben sind **vertraulich** und unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht!**

ALLGEMEINE ANAMNESE

HATTEN SIE SCHON PROBLEME MIT:	JA	NEIN	
1. Herz (Infarkt, Schrittmacher, Endokarditis, künstliche Herzklappe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Blutdruck (Kollapsneigung, Hochdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Verdauungstrakt (Gastritis, Geschwür, Entzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Stoffwechselerkrankung (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Hormonelle Erkrankung (Schilddrüse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Chronische Erkrankungen (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Psychische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Phobie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13. Allergie (auf Medikamente, Metalle und Materialien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14. Medikation (Thrombo Ass, Sintrom, Aspirin, Chemotherapeutika)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15. Sonstige Erkrankungen oder Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Bitte wenden!

DIE ZAHNBEHANDLUNG BETREFFENDE FRAGEN

Kommen Sie wegen	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> zur Zahnkontrolle <input type="radio"/> zur sonstigen Behandlung?		
Wie oft Bürsten Sie Ihre Zähne?			
Bürsten Sie die Zähne	<input type="radio"/> vor	<input type="radio"/> nach dem Frühstück	
Sind Sie während der Zahnbehandlung	<input type="radio"/> sehr	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> gar nicht ängstlich
Sind die Zähne empfindlich auf	<input type="radio"/> Kalt	<input type="radio"/> Heiß	<input type="radio"/> beim Kauen?
	JA	NEIN	
Wünschen Sie eine Injektion zur schmerzlosen Füllungsbehandlung gegen Eigenaufwand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Injektionen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie an einer ordentlichen Mundhygienebehandlung interessiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bleiben Speisereste zwischen den Zähnen stecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluten Sie lange bei Verletzungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ist Ihnen eine Unverträglichkeit auf zahnärztliche Materialien bekannt? (Metalle, Kunststoff)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Knirschen Sie mit den Zähnen (Nachts, am Tag, ständig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Kiefergelenksprobleme? (Schmerzen beim Kauen bzw. Gähnen, Kopfschmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie ein Kieferregulierung oder Einschleifbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie eine Mundschleimhautveränderung bemerkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?			

Falls es Ihnen nicht möglich ist, einen vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Innsbruck, am _____

Unterschrift _____