



Dr. Burger & Partner
Zahnmedizinisches Institut

ANMELDUNG

Nachname

Vorname

Titel

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

Land, PLZ, Ort

Mobil

E-Mail

Tel./privat

Tel./Firma

Dienstgeber

Beruf

Krankenkasse GKK SVA BVA Bauern

ÖBB privat, welche?

Zahnezusatz-Versicherung Ja Nein

Hausarzt

Versichert durch (nur ausfüllen, wenn Sie bei jemanden mitversichert sind)

Nachname

Vorname

Titel

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Wie sind Sie auf uns gekommen? Empfehlung Internet Telefonbuch

Für eine risikofreie Behandlung ist die sorgfältige Beantwortung der Krankengeschichte für uns von großer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden von uns streng vertraulich behandelt.

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Welche?

Derzeitige Schwangerschaft / Monat? Ja Nein

Hepatitis (Gelbsucht) Ja Nein

HIV+ (Aids) Ja Nein

Andere Infektionskrankheiten? Ja Nein

Hoher / Niederer Blutdruck / Kreislaufbeschwerden (nichtzutreffendes streichen) Ja Nein

Herzbeschwerden / Herzschrittmacher / Herzklappenersatz / ICD Ja Nein

Bluter / Blutverdünnung Ja Nein

Diabetes mellitus Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Nervenerkrankung Ja Nein

Epilepsie (Krampfleiden) Ja Nein

Arthritis / Rheumatische Erkrankung Ja Nein

Andere Krankheiten? zB. Osteoporose, Multiple Sklerose (MS) Ja Nein

Bisphosphonate / Immuntherapie (Monoklonale Antikörper) Ja Nein

Magen- / Darmbeschwerden Ja Nein

Unverträglichkeiten / Allergien Ja Nein

– Lokalanästhetika (Betäubung) Welche?

– Schmerzmittel (Ibuprofen, Paracetamol, ...) Welche?

– Antibiotika (Penicillin, ...) Welche?

– Allergien (Nahrungsmittel, Heuschnupfen, ...) Welche?

Hatten Sie größere Operationen? Ja Nein

Welche?

Chemotherapie / Bestrahlung Ja Nein

Raucher Ja Nein

Alle Informationen über unseren Umgang mit dem Datenschutz erfahren Sie unter www.drburger.at/datenschutz oder per Mail an datenschutz@drburger.at.

Falls Sie verhindert sind, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage! (min. 24 h vorher) Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige Ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung und zweckmäßigen Verwendung meiner persönlichen Daten in der Praxis zu.

Feldkirch wird als Zahlungs- und Erfüllungsort für beide Seiten verbindlich vereinbart. Jedes ärztliche Honorar ist in Feldkirch zu begleichen. Gleichzeitig vereinbaren beide Seiten die Zuständigkeit der Gerichte 6800 Feldkirch (A), also Feldkirch als Gerichtsstand.

Datum, Unterschrift

Dr. Burger & Partner