



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				
<input type="radio"/> GKK <input type="radio"/> SVA <input type="radio"/> BVA <input type="radio"/> Bauern				
<input type="radio"/> ÖBB <input type="radio"/> privat, welche?				
Zahnzusatz-Versicherung				
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein				
Hausarzt				
Versichert durch (nur ausfüllen, wenn Sie bei jemanden mitversichert sind)				
Nachname				
Vorname			Titel	
Geburtsdatum				
Versicherungsnummer				
Wie sind Sie auf uns gekommen?				
<input type="radio"/> Empfehlung <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch				
<input type="radio"/>				

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?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche?	
Derzeitige Schwangerschaft / Monat?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
HIV+ (Aids)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hoher / Niederer Blutdruck / Kreislaufbeschwerden (nichtzutreffendes streichen)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzbeschwerden / Herzschrittmacher / Herzklappenersatz / ICD	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bluter / Blutverdünnung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nervenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Epilepsie (Krampfleiden)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Arthritis / Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere Krankheiten? zB. Osteoporose, Multiple Sklerose (MS)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bisphosphonate / Immuntherapie (Monoklonale Antikörper)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Magen- / Darmbeschwerden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Unverträglichkeiten / Allergien	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
– Lokalanästhetika (Betäubung) Welche?	
– Schmerzmittel (Ibuprofen, Paracetamol, ...) Welche?	
– Antibiotika (Penicillin, ...) Welche?	
– Allergien (Nahrungsmittel, Heuschnupfen, ...) Welche?	
Hatten Sie größere Operationen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche?	
Chemotherapie / Bestrahlung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Raucher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Alle Informationen über unseren Umgang mit dem Datenschutz erfahren Sie unter [www.drburger.at/datenschutz](http://www.drburger.at/datenschutz) oder per Mail an [datenschutz@drburger.at](mailto: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