

Ordination Dr. Ewa Olszewska
Innsbrucker Bundesstraße 35
5020 Salzburg



ANMELDUNG

Titel: _____ Familienname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____

Tel. Mobil: _____ Tel. Festnetz: _____

Nur bei Familienversicherten auszufüllen:

Titel: _____ Familienname: _____ Vorname: _____

Krankenkasse: _____ Geb. Datum: _____ VSNR: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____

Über die Privatleistungen und ggf. anfallenden Kosten informieren wir Sie vor der Behandlung. In diesem Fall wird im Anschluss an die Behandlung eine Rechnung erstellt, die sofort oder innerhalb von 14 Tagen überwiesen werden muss. Falls diese Rechnung bei Ihrer Krankenkasse/Versicherung eingereicht werden kann, stellen wir Ihnen das entsprechende Formular bereit.

Zu Beginn einer prothetischen/implantologischen Behandlung ist eine Anzahlung zu leisten.

Beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse, dass nach der Verabreichung von Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist! Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen (z. B. Hämatom, Nervenschädigung, Selbstverletzung) und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Für weitere Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie sprechen Sie uns an.

Änderungen der aufgelisteten Punkte des Gesundheitsfragebogens bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse bekanntzugeben.

Für nicht eingehaltene und nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird ein Unkostenbetrag von 70,- € (pro Stunde) verrechnet.



Bitte helfen Sie uns eine auf Sie individuell abgestimmte Behandlung durchzuführen, indem Sie vorliegenden Gesundheitsfragebogen vollständig und gewissenhaft ausfüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Medikament Ja Nein

oder eine Injektion? Wenn Ja: Welche? _____

Nehmen Sie:

- Bisphosphonate (Medikamente gegen Osteoporose, Metastasen)? Ja Nein
- Gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig ein? Ja Nein

Wenn Ja: Welche? _____

Für Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Falls Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

Hatten Sie jemals oder haben Sie: Bemerkung

Allergien? Ja Nein _____

Schwierigkeiten mit langem Bluten? Ja Nein _____

Herz-oder Kreislaufprobleme (z.B. Infarkt, Bluthochdruck)? Ja Nein _____

Eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein _____

Eine ansteckende Krankheit (z.B. AIDS,HIV positiv, Hepatitis) Ja Nein _____

Epilepsie, Krampfanfälle? Ja Nein _____

Schweres Rheuma, rheumatisches Fieber? Ja Nein _____

Grünen Star? Ja Nein _____

Tumorerkrankung? Ja Nein _____

Andere schwere Erkrankungen und/oder Operationen? Ja Nein _____

Gemäß Datenschutzgrundverordnung erkläre ich mich mit meiner Unterschrift mit der elektronischen Weiterverarbeitung meiner Daten, Röntgenbilder und Fotos und ggf. auch Übermittlung an Krankenkasse, Zahntechniker einverstanden (nur bei Bedarf).

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis, dass wir Sie per Post SMS oder E-Mail alle 6 12 Monate an Ihren Termin und an Ihre Kontrolluntersuchungen/ Mundhygiene erinnern.

Datum

Unterschrift