

HERZLICH WILLKOMMEN IN DER SMILE CLINIC



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. Danke für Ihre Mitarbeit!

Familienname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

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

Fam. Name Vers.: _____ Vorname Vers.: _____ Titel: _____

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

Straße: _____ PLZ-Ort: _____ Tel. Privat: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel. Firma: _____

Tel. Mobil: _____ E-Mail: _____

Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung: Ja / Nein ?

Wie sind Sie auf uns gekommen? Buswerbung Radiowerbung Zeitung Internet Empfehlung von _____

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE ZU UNS?

Kontrolle	Zahnfleischprobleme	Sonstiges:
Beratung	Zahnsanierung	Probleme mit Zahnersatz
Schmerzen	Kieferregulierung	Implantate
Herdsuche	Zahnersatz	Prophylaxe

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Frontzähne unzufrieden? Ja ! Nein? Warum?

Fotoaufnahmen Ihrer Zähne werden bei Bedarf an unseren Zahntechniker weitergegeben!

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde gemacht?

Möchten Sie gegen Eigenaufwand schmerzfrei behandelt werden? Ja Nein

Sind Sie an professioneller Zahnreinigung (Prophylaxe) interessiert? Ja Nein

Möchten Sie an Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung per Email oder SMS erinnert werden? Ja Nein

Wollen Sie unseren Newsletter per Email erhalten? Ja Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Für Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Leiden Sie unter Allergien? Welche?

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Medikament oder eine Injektion?

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente gegen Osteoporose, Metastasen)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein? Welche?

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

Leiden Sie unter nächtlichem Schnarchen oder Atem-Aussetzern ?

WELCHE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN HATTEN SIE GEHABT BZW. HABEN SIE DERZEIT?

Gelbsucht (infektiöse Hepatitis)	HIV positiv/ AIDS
Bluthochdruck (Hypertonie)	Herzerkrankung / Infarkt
Zuckerkrankheit (Diabetes)	Krampfanfälle (Epilepsie)
Asthma / Heuschnupfen	Grüner Star (Glaukom)
Geschlechtskrankheiten	Tuberkulose
Neigung zu längerem Bluten	Andere schwere Erkrankungen

Bitte beachten Sie, dass wir **nicht eingehaltene Termine**, welche nicht wenigstens 24 Stunden vorher abgesagt wurden laut autonomer Honorarrichtlinie mit **€ 185.- in Rechnung** stellen! Beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse weiters, dass nach jeder Verabreichung von Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist! Änderungen der aufgelisteten Punkte bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse bekanntzugeben.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich Änderungen zu meiner Person, speziell bezüglich Erkrankungen und Einnahme von Medikamenten, bekanntzugeben. Der Einholung einer Bonitätsauskunft stimme ich zu.

UNTERSCHRIFT :

Salzburg, am.....



Kostenaufklärung Erstuntersuchung

Erstuntersuchung

EUR 25,00

Ausführliche Untersuchung, Kariesdiagnostik,
Paro-Screening, Therapie Besprechung.
Beratung pro weitere Zeiteinheit 10min € 19, -

Panoramaröntgenbild

EUR 45,00

großes Röntgenbild zur Untersuchung des Oberkiefers und Unterkiefers
(zum Ausschluss chronischer Entzündungsherde und Knochenzysten, Nicht Anlagen, Beurteilung. Weisheitszähne)

Einzel – Röntgen

je *EUR 15,00*

zur Diagnostik / Ausschluss zum Zahnzwischenraumkaries

Die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 80% des Kassentarifes. Bitte beachten Sie, dass eine Refundierung nicht für das Quartal erfolgt, in dem bereits eine Kassenarztbehandlung stattgefunden hat!

Mit meiner Unterschrift bzw. Unterschrift des Erziehungsberechtigten stimme ich der Richtigkeit meiner Angaben sowie der obigen Kostenaufklärung ausdrücklich zu.

Salzburg, am: _____

Unterschrift: _____
