

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!

Fam.name: _____ Vorname: _____ Titel: _____
 Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Tel.Mobil: _____
 Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel.Firma: _____
 E-Mail: _____

Mitversichert bei:

Fam.name: _____ Vorname: _____ Titel: _____
 Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

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 <input type="checkbox"/>	Zahnfleischprobleme <input type="checkbox"/>	Prophylaxe <input type="checkbox"/>
Beratung <input type="checkbox"/>	Zahnsanierung <input type="checkbox"/>	Probleme mit Zahnersatz <input type="checkbox"/>
Schmerzen <input type="checkbox"/>	Kieferregulierung <input type="checkbox"/>	Implantate <input type="checkbox"/>
Herdsuche <input type="checkbox"/>	Zahnersatz <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Frontzähne unzufrieden?

Ja Nein Warum? _____

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____ Was wurde gemacht? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Für Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Leiden Sie unter Allergien? Ja _____ Nein

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

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente gegen Osteoporose, Metastasen)? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja _____ Nein

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

Leiden Sie unter nächtlichem Schnarchen oder Atem-Aussetzern? Ja Nein

Welche der folgenden Erkrankungen haben Sie oder hatten gehabt?

Gelbsucht (infektiöse Hepatitis) <input type="checkbox"/>	HIV-positiv/ AIDS <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/>	Herzkrankung / Infarkt <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/>	Krampfanfälle (Epilepsie) <input type="checkbox"/>
Asthma / Heuschnupfen <input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/>	Tuberkulose <input type="checkbox"/>
Neigung zu längerem Bluten <input type="checkbox"/>	Andere schwere Erkrankungen <input type="checkbox"/>

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 E-Mail oder SMS erinnert werden?

Ja Nein

Wollen Sie unseren Newsletter per E-Mail erhalten?

Ja Nein

Fotoaufnahmen

Ja Nein

Fotoaufnahmen Ihrer Zähne werden bei Bedarf an unseren Zahntechniker weitergegeben! Ich willige ein, dass von mir aufgenommene Bilder von Mund- und Zahnsituation weiterverarbeitet werden dürfen.

Der Einholung einer Bonitätsauskunft stimme ich zu.

Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass wir **nicht eingehaltene Termine**, welche nicht wenigstens 24 Stunden vorher abgesagt wurden laut autonomer Honorarrichtlinie mit **€ 191.- in Rechnung** stellen! Beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse weiter, 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.

Kostenaufklärung Erstuntersuchung

Erstuntersuchung

EUR 26,00

Ausführliche Untersuchung, Kariesdiagnostik, Paro-Screening, Therapie Besprechung.

Panoramaröntgenbild

EUR 47,00

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

Einzel – Röntgen

je EUR 16,00

zur Diagnostik / Ausschluss zum Zahnzwischenraumkaries

Kieferorthopädische Erstuntersuchung

EUR 31,00

Beratung über die Notwendigkeit einer KFO-Behandlung

*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: _____