

Dr.med.univ. Klaus Angermayr

Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Bürgerspitalplatz 8 5400 Hallein

Tel.: 06245/82600 web: [www.dr-angermayr.at](http://www.dr-angermayr.at)

Herzlich willkommen in unserer Wahlarztpraxis !

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Um Sie optimal behandeln zu können benötigen wir Ihre Mitarbeit und bitten daher um Beantwortung nachstehender Fragen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Was ist der Hauptgrund Ihres Kommens ?

.....

Wann war ca. Ihr letzter Zahnarztbesuch .....  
(Jahreszahl reicht)

ja nein

Waren Sie oder sind Sie wegen ihrer heutigen Beschwerden in Behandlung bei einem anderen Arzt/Zahnarzt oder Krankenhaus ?

Wenn ja, wo: .....

Wurden Sie wegen schwerer Krankheit innerhalb der letzten 3 Jahre behandelt ?

Wenn ja, weshalb: .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

Wenn ja, welche: .....

Haben Sie eine **Allergie** oder neigen Sie zu **allergischen Reaktionen**:

Gegenüber bestimmten Materialien (z.B. Nickel, Latex)

Gegenüber Medikamente (z.B.: Penicillin, Jod)?

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

Herzfehler, Herzbeschwerden, Herzerkrankung, Herzschrittmacher

Lebererkrankung, Gelbsucht

Bluthochdruck

Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)

Diabetes/Zuckerkrankheit

Schilddrüsenerkrankung

Asthma, Lungenerkrankung

Blutgerinnungsstörung

Nervenerkrankung oder Krampfanfälle (Epilepsie)

Nierenerkrankung

Rheuma

Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung** ein  
(z.B.: Sintrom, Marcumar, Thrombo ASS, Plavix)

Sind Sie schwanger ?

Rauchen Sie ? (Wenn ja wieviel Zigaretten/Tag)

Bitte wenden 

ja      nein

Hatten Sie einen Unfall mit Gesichts – oder Kieferverletzung ?           

Sind Sie mit Ihrem Lächeln ästhetisch zufrieden ?           

Wurden Ihre Zähne innerhalb des letzten Jahres einmal geröntgt ?           

Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden ?           

Welche Mundhygienehilfsmittel verwenden Sie? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen, Implantate) vorhanden ?           

    Wenn ja, wie alt ist dieser Zahnersatz ungefähr ?      .....Jahre  
    Wenn ja, sind Sie mit diesem Zahnersatz zufrieden ?           

Sind sie besonders schmerzempfindlich im Bereich der Zähne ?           

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen ?           

Haben Sie mitunter Zahnfleischbluten ?           

Beobachten Sie Lockerungen einzelner oder mehrerer Zähne ?           

Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur oder Kiefergelenke ?           

Können Sie alles problemlos Essen ?           

Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen ?           

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen ?           

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?  
    Auf Empfehlung von Freunden/Bekanntem/Fam.mitgliedern              
    Über das Internet              
    Telefonbuch              
    Sonstiges      .....           

Möchten Sie an allfällig notwendige Kontrolltermine zukünftig brieflich oder per email oder SMS erinnert werden ?           

Eventuelle zusätzliche Anmerkungen:

**Information zur Wahlarztpraxis:** Es besteht kein Kassenvertragsverhältnis. Sie erhalten für unsere Leistungen eine Honorarnote (Rechnung), welche Sie nach Begleichung bei Ihrer Sozialversicherung (GKK,BVA,SVA,etc.) zur Rückerstattung einreichen können. Dabei fällt ein **Selbstbehalt** an.

Name .....

Unterschrift .....