



## Anamnese - Fragebogen – Minifive®

Herzlich Willkommen in unserem Institut für Implantologie, Parodontologie und Ästhetische Zahnmedizin

Um Sie als unseren Patienten gut betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Vielen Dank!

Alle Angaben werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Ihr - Hausarzt: \_\_\_\_\_ Internist: \_\_\_\_\_

### Patient

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ-Ort: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. Firma: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherter (Nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ-Ort: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. Firma: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Voraussetzung für die Teilnahme an der Minifive® Sozialaktion (Bitte um Beantwortung folgender Fragen)

- 1) Ihr Lebensalter beträgt mindestens 65 Jahre.  Nein  Ja
- 2) Sie beziehen eine Mindestrente und sind sozial bedürftig.  Nein  Ja  
(zur Information: die soziale Bedürftigkeit wird beim zuständigen Gemeindeamt überprüft)
- 3) Ihr Unterkiefer ist zahnlos.  Nein  Ja  
(bestehende Restzähne, max. 3 Zähne, müssen vor der Implantation entfernt werden - Empfehlung aus Kostengründen bei einem Gebietskrankenkassen-Ambulatorium)
- 4) Eine Totalprothese im Unterkiefer ist vorhanden.  Nein  Ja

### Allgemeine medizinische Anamnese

Waren Sie während der letzten 5 Jahre in ärztlicher Behandlung? (Spitalsaufenthalte?)  Nein  Ja

Wenn Ja, Grund: \_\_\_\_\_

Nahmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente?  Nein  Ja

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Bitte wenden ⇨



**Bitte kreuzen Sie jene Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich reagieren**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penicillin                      | <input type="checkbox"/> Erythromycin (Antibiotika)  | <input type="checkbox"/> Codein         |
| <input type="checkbox"/> Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol | <input type="checkbox"/> Tetracyclin (Antibiotika)   | <input type="checkbox"/> Metalle (Gold) |
| <input type="checkbox"/> Latex                           | <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Spritzen) |   |
| <input type="checkbox"/> Medikamente: _____              |  |   |

**Bitte kreuzen Sie jene Krankheiten/Punkte an, die auf Sie zutreffen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitige Ohnmacht   | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Herzfehler, Klappenersatz, Endokarditis) |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher?                       |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall)                                   |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut  | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung (Multiple Sklerose)                     |
| <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankung   | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden)                                |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht)  | <input type="checkbox"/> Asthma   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung                                       |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)   | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen   |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion   | <input type="checkbox"/> Allergien: Welche? _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2                     | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung                                  |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc)  | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Strahlen- und Chemotherapie                              |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS)   | <input type="checkbox"/> Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?                |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung  | <input type="checkbox"/> RaucherIn  |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen  |   |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen. Mir ist bewusst, dass ich Privatpatient bin und eventuelle zusätzliche Behandlungskosten nur teilweise oder nicht durch die Krankenkasse ersetzt bekomme.

Bitte geben Sie uns Terminänderungen mindestens 24 Stunden vorher, Operationsterminänderungen 7 Tage vorher bekannt. Bei nicht rechtzeitiger Absage bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen lt. den autonomen Honorarrichtlinien 2008 € 150,-- pro Stunde verrechnen müssen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die im Zuge der Behandlung gewonnenen Daten und Dokumentationen für wissenschaftliche und fortbildungsmäßige Zwecke (anonymisiert) verwendet werden dürfen.

Für allfällige Streitigkeiten aus dem Behandlungsvertrag (z. B. Honorarklagen) wird die Zuständigkeit des für 6922 Wolfurt zuständigen Gerichts vereinbart.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift