

## AUFNAHME- und ANAMNESEBOGEN

Titel: ..... Vor- u. Zuname: .....  
Straße: ..... PLZ, Ort: .....  
e-mail: ..... Zusatz-Vers-Nr ..... Zahn-Vers.: Ja  Nein   
SV.-Nr. / Geburtsdatum: \_ \_ \_ \_ / \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ Krankenkasse: .....  
Telefon/Privat: ..... Mobil: ..... / ..... Büro: .....  
Beruf: ..... Firma: .....  
Empfohlen von: .....  
Grund Ihrer zahnärztlichen Konsultation: .....

- Leiden Sie unter **Allergien** oder Unverträglichkeiten? Ja  Nein   
(z.B.: Medikamente, Nahrungsmittel,...) Welche? .....
- Haben Sie eine **Allgemeinerkrankung**? Ja  Nein   
(z.B.: Diabetes Typ I / II,...) Welche? .....
- Leiden Sie unter einer **Infektionskrankheit**? Ja  Nein   
(z.B.: Hepatitis B / C, HIV/AIDS,...) Welche? .....
- Nehmen Sie zurzeit **Medikamente** (wie z.B. Bisphosphonate) ein? Ja  Nein   
Welche? .....
- Haben Sie einen **Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe**? Ja  Nein
- Haben Sie eine **künstliche Prothese** (Knie, Hüfte, etc.)? Ja  Nein
- Haben / hatten Sie jemals Probleme mit:
 

<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Magen-Darm	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Zucker	<input type="checkbox"/> Kreislauf
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Kiefergelenk		
- Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente ein (z.B. Marcoumar, Thrombo-Ass, Herzschutz, Plavix, Pradaxa, Clopidrogel, Eliquis etc.)? Ja  Nein
- Leiden Sie unter erhöhter **Blutungsneigung**? Ja  Nein
- Haben Sie eine **unangenehme Reaktion** auf ein zahnärztliches Anästhetikum erlebt? Ja  Nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja  Nein
- Wollen Sie in unser Mundhygieneprogramm aufgenommen werden? Ja  Nein
- **Rauchgewohnheiten** (Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / Tag) ..... Zig / Tag
- Für Frauen: Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja  Nein

Wir bitten Sie, uns unbedingt zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragebogen ändern. Zuletzt möchten wir Sie noch darauf hinweisen, dass eine zä. Anästhesie (Injektion) Ihr Reaktions- u. Urteilsvermögen stark beeinträchtigt und so Ihre Verkehrstauglichkeit verhindert!

Ich bin zudem einverstanden, dass bei der Erstberatung für Leistungen (z.B. Röntgenbilder, Beratung) € 85,- bis € 170.- verrechnet werden können.

Datum:

Unterschrift:

**Univ.Prof.DDr. Werner ZECHNER**

Facharzt für Zahn,-Mund- und Kieferheilkunde

Grinzinger Straße 149 A

1190 Wien

Tel +43 676 753 75 57

mail zechner@profzechner.at

**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Hiermit willige ich ein, dass mein **Name**, meine **Anschrift**, **E-Mail-Adresse**, **Telefon- und Faxnummer**, meine **Sozialversicherungs- und Gesundheitsdaten** inklusive meiner **Bilddaten (Röntgen, Fotos) elektronisch verarbeitet** werden.

Zum Zweck eines **eventuell erforderlichen Informationsaustausches/Briefwechsels** mit Ihrer Krankenkasse leiten wir Ihre Sozialversicherungsdaten und relevante Leistungsdaten an die **Wiener Zahnärztekammer** und/oder an Ihre **Sozialversicherung** weiter.

Falls Sie eine zahntechnische Arbeit erhalten, leiten wir Ihren Namen an unser **zahntechnisches Labor** und ggfs. an **CAD-CAM-Zahntechnik**-Produkthersteller weiter. In Fällen der Notwendigkeit einer ästhetischen Feinabstimmung werden zahnbezogene Fotos per **e-mail oder whatsapp** an **unser zahntechnisches Labor** gesendet.

Im Falle einer - von Ihnen gewünschten - **interdisziplinären Zusammenarbeit** werden relevante Gesundheitsdaten, **Fotos sowie Röntgenaufnahmen** (ggfs. PGP-verschlüsselt) **per e-mail** versendet.

Ihre Verrechnungs- und Bankdatendaten werden an unsere **Steuerberatungskanzlei** oder unsere **Rechtsvertretung** per Mail oder per Post weitergeleitet.

**Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angeführten personenbezogenen Daten für die ausgewählten Zwecke verwendet werden dürfen.**

**Für die Erinnerung an Mundhygienetermine** wähle ich folgende Möglichkeit

Post                                     Mail                                     kein Kontakt

Name:.....

Datum:.....

Unterschrift:.....

**Wichtiger Hinweis zum Datenschutz**

Die vorliegende Einwilligungserklärung erfolgt **freiwillig** und **kann jederzeit schriftlich** an die oben angeführte Adresse mit Wirkung auf zukünftige Verarbeitungen **widerrufen** werden.

Für weitere Informationen zum Datenschutz oder unseren ausgewählten o.g. professionellen Partnern wenden Sie sich, bitte, direkt an Univ.Prof.DDr. Werner Zechner.