



Dr. Nikolaus Budas

Facharzt für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

ZAHNMEDIZIN
NESTROYHOF
DR. NIKOLAUS BUDAS

Tel. +43 1 216 20 50
ordination@budas.at

Nestroyplatz 1/10
A - 1020 Wien

Anmeldung zur Zahnbehandlung

für Frau/Herrn _____ geb. _____

Adresse _____

Versicherungsnummer _____ Krankenkasse _____

Arbeitgeber _____

Zugewiesen / empfohlen durch _____

Telefonnummer(n) für eventuelle Terminänderungen: _____

Privat _____ Firma _____ Sonstige _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

- Falls Sie Ihren **Termin nicht einhalten** können, ersuchen wir Sie höflich, uns dies nach Möglichkeit **spätestens 24 Stunden vorher** telefonisch mitzuteilen, ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen bei versäumten Mundhygienesitzungen 1/3 des Betrages für 1 Stunde zu verrechnen.
- Falls Sie während einer **Schwangerschaft** zur Zahnbehandlung kommen, bitten wir Sie **dringend**, dies **gleich bei der Anmeldung** bekanntzugeben!
- Beachten Sie bitte, dass **Injektionen** bei Füllungen, Medikamenteinlagen, geschichtete Kunststofffüllungen und Parodontalbehandlungen **keine Kassenleistungen** sind.
- Beachten Sie bitte, dass Sie nach einer schmerzstillenden/örtlich betäubenden Injektion **nicht voll fahrtüchtig** sind!
- Bitte beantworten Sie die umseitigen Fragen sorgfältig (alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht)

Bitte wenden

Der Anlass für Ihren heutigen Besuch ist:

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne pro Tag? _____

Blutet dabei das Zahnfleisch? nein gelegentlich oft

Knirschen Sie mit den Zähnen? nein gelegentlich oft

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? nein ja

Sind Sie während der Zahnbehandlung ängstlich? nein ein wenig sehr

Möchten Sie bei Bedarf eine Injektion zur schmerzfreien Behandlung? nein ja

Wünschen Sie Information über Amalgam bzw. dessen Alternativen? nein ja

Wünschen Sie Information über professionelle Mundhygiene nein ja

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja, gegen _____

Nehmen Sie ständig Medikamente? nein ja, und zwar _____

Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit? (zB. Hepatitis, Aids, Tuberkulose ...) nein ja, und zwar _____

Haben Sie oder hatten Sie jemals:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Operationen, und zwar | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenentzündung |
| | <input type="checkbox"/> sonstige schwere Erkrankungen, und zwar |
-

Schmerz

Routinekontrolle

Datum _____ Unterschrift _____