



Dr. Eva Nassberger – Zahnärztin | Kinderzahnbehandlung

Schneebuggasse 50 a | 6020 Innsbruck | Tel.: 0512/28 86 65-3 | Fax: 0512/28 86 65-4
E-mail: ordination@evanassberger.at | www.evanassberger.at

Patientenanmeldung

Name: (Vor- & Nachname)	Geb.Datum:
Wohnadresse:	PLZ, Ort:
Telefonnummer, unter der wir Sie erreichen können:	
Beruf:	E-Mail:
Hausarzt, behandelnder Arzt:	Vers.Nr.:
Mitversichert bei: (Vor- & Nachname)	Geb.Datum:
Krankenkasse/Privat	

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

ja nein

- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____ ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? ja nein
- Hatten Sie eine Verletzung im Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein
- Hatten/haben Sie Hepatitis, Aids oder eine andere schwere Infektionskrankheit? ja nein
- Haben Sie Diabetes? ja nein
- Haben Sie Herz-, Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck? ja nein
- Hatten/haben Sie einen Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzklappenentzündung? ja nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Haben Sie Verdauungsstörungen? ja nein
- Leiden Sie unter Asthma? ja nein
- Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein
- Leiden Sie unter Epilepsie? ja nein
- Ist Ihr Augeninnendruck erhöht (Glaukom)? ja nein
- Haben Sie Funktionsstörungen der Schilddrüse? ja nein
- Haben Sie Funktionsstörungen der Niere? ja nein
- Tragen Sie einen Hörapparat? ja nein
- Hatten/haben Sie eine Strahlen- und/oder Chemotherapie? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Falls es Ihnen nicht möglich ist, einen vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben. Bei Versäumnis müssen wir Ihnen aus organisatorischen Gründen die Ausfallszeit berechnen.

Mir ist bewusst, dass ich Privatpatient bin und nur den kassenmäßig vorgesehenen Anteil der Kosten von meiner Krankenkasse ersetzt bekomme. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Innsbruck, am _____

Unterschrift _____