

Name:		Telefon:	
Adresse:		E-Mail:	
Zutreffendes bitte ankreuzen			
1	Was ist Ihr Hauptanliegen?		
2a	Wurden Sie überwiesen? Wenn ja, von wem?	ja	nein
2b	Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt/Ihre behandelnde Zahnärztin?		
3	Sind Sie Raucher/in oder haben Sie jemals geraucht? Wenn ja, wie viel?.....	ja	nein
4	Trinken Sie alkoholische Getränke? Wenn ja, wie viel?	ja	nein
5	Sind Sie in ärztlicher Behandlung? z.B.: Hausarzt, Internist,	ja	nein
6	Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt?	ja	nein
7	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein/bekommen Sie regelmäßig Injektionen? Welche?	ja	nein
8	Haben Sie eine Allergie? z.B.: Medikamentenallergie, Metalle, Pollen,... Worauf?	ja	nein
9	Sind Sie schwanger?	ja	nein
10	Sind Sie Träger einer Infektionskrankheit? z.B.: Hepatitis A, B, C, non A-B, HIV/AIDS, TBC, Gonorrhoe, Syphilis	ja	nein
11	Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? z.B.: Marcoumar, Xarelto, Aspirin, Plavix, Thrombo-Ass	ja	nein
12	Bluten Sie lange nach Verletzungen?	ja	nein
13	Haben Sie eine Erkrankung im Herz-Kreislauf-System? z.B.: Herzinfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörung, Herzfehler, Klappenersatz, Blutdruck	ja	nein
14	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja	nein
15	Haben Sie eine Erkrankung im Blut bildenden System? z.B.: Leukämie, Lymphom, Agranulozytose, Anämie, Hämophilie	ja	nein
16	Haben Sie eine Erkrankung der Blutgefäße? z.B.: Migräne, Arterielle Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombosen	ja	nein
17	Haben Sie eine Atemwegserkrankung? z.B.: Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Tumor,	ja	nein
18	Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane? z.B.: Leber, Magen-Darm, Bauchspeicheldrüse	ja	nein
19	Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems? z.B.: Schlaganfall, Epilepsie, MS, Neuralgien, Lumbalgie	ja	nein
20	Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung/hormonelle Erkrankung? z.B.: Diabetes, Gicht, Nebenniere, Schilddrüse	ja	nein
21	Sind Sie insulinpflichtig?	ja	nein
22	Haben Sie ein psychisches Leiden? z.B.: Angst, Depression, Schizophrenie, Neurose	ja	nein
23	Haben Sie eine Erkrankung der Niere, Harnblase oder Prostata? z.B.: Entzündung, Tumor	ja	nein
24	Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? z.B.: rheumatisches Fieber, Polyarthritis, M. Bechterew	ja	nein



25	Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? z.B.: Lupus, Panarteriitis nodosa, Dermatomyositis, Sklerodermie, ...	ja	nein			
26	Haben Sie eine Erkrankung des Bewegungsapparats? z.B.: Osteoporose, ...	ja	nein			
27	Haben Sie eine Erkrankung der Augen? z.B.: Glaukom, ...	ja	nein			
28	Hatten/Haben Sie eine Tumorerkrankung/Chemo-/Strahlentherapie? Welche?	ja	nein			
29	Sonstiges? z.B. Transplantation, Immunsuppression, ...	ja	nein			
30	Hatten Sie im vergangenen Monat <i>Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln</i> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
31	Hatten Sie im vergangenen Monat <i>Schmerzen im Mundbereich?</i>	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
32	Haben Sie sich im vergangenen Monat wegen des Aussehens Ihrer Zähne oder Ihres Zahnersatzes <i>unwohl/unbehaglich gefühlt?</i>	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
33	Hatten Sie im vergangenen Monat den Eindruck, Ihr <i>Essen war geschmacklich weniger gut</i> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
34	Ist es Ihnen im vergangenen Monat <i>schwer gefallen, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen</i> aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
Sonderklasseversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Zahnzusatzversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Anstalt:						
Polizzen Nr. ...						

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung meiner persönlichen oder medizinischen Daten so bald als möglich bekannt geben muss, um eine bestmögliche Behandlung und Versorgung zu gewährleisten.

Bitte lesen Sie die folgenden Absätze in Ruhe durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift

INFORMATION

- Die Universitätszahnklinik Wien ist ein Ausbildungsinstitut. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungen auch von Studierenden unter Aufsicht eines Arztes durchgeführt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Organisation von Klinik und Ausbildung bedingt, dass der Behandlungsablauf in viele Zwischenschritte geteilt wird, die von ZahnärztInnen/Zahnärzten kontrolliert werden müssen. Der gesamte Ablauf erfordert einen erheblichen Zeitaufwand, insbesondere wenn Vorbehandlungen oder die Zusammenarbeit der verschiedenen klinischen Fachbereiche nötig sind.
- Die Behandlung an der Universitätszahnklinik Wien sieht ein ganzheitliches Konzept zur Sanierung des Kauorgans vor, sodass sich der Therapiezeitraum auch über Monate oder Jahre erstrecken kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass, um den Behandlungsverlauf zu dokumentieren, Foto- oder Videoaufzeichnungen während der Behandlungsphase und in der Nachsorge angefertigt werden und diese gegebenenfalls pseudonymisiert in wissenschaftlichen Forschungen verwendet werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass vereinbarte Termine rechtzeitig abzusagen sind. Bei unentschuldigtem Nichteinhalten des Termins werden mir € 107,- in Rechnung gestellt.

Wien, Datum

Unterschrift PatientIn
bzw. gesetzl. VertreterIn