Ästhetisch-Plastische Chirurgie

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Anmeldeformular

Bitte diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |
| Geburtsdatum: |  | Beruf (freiwillig): |
| Anschrift: |  |  |
| Tel./privat (freiwillig): |  | Tel./beruflich (freiwillig): |
| Mobil-Tel. (freiwillig): |  | E-Mail (freiwillig): |
| Krankenkasse / Versicherung: |  |  |
| Hausarzt: |  |  |
| Name des Versicherten / Erziehungsberechtigten:  (oder Vormund) |  |  |
| Arbeitgeber (freiwillig): |  |  |
| Woher kennen Sie unsere Praxis (freiwillig)? |  |  |

**Bitte beachten:** Voraussetzung für einen Behandlungsvertrag ist die Anerkennung unserer allgemeinen Geschäftsbedingungen. Beratungskosten von 75 EUR und zusätzliche Röntgenkosten von 85 – 140 EUR sind bei Terminvereinbarung acconto fällig (siehe dazu unter: <https://www.miramed.at/deutsch/team-miramed/agb/> ). Bei Terminversäumnis oder Terminabsage ist eine Rückerstattung dieser Kosten nur gegen Vorlage eines amtsärztlichen Krankheitsattestes oder bei Absage spätestens 15 Arbeitstage vor dem vereinbarten Termin möglich.

**Bitte beachten:** Nach der Verabreichung von Betäubungsspritzen kann Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein! Anschließend sollten Sie kein Fahrzeug im öffentlichen Verkehr selbst lenken.

**Gesundheitsfragen und Datenschutzverordnung:**  Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die AGB`s von MiraMed anerkenne. Siehe dazu unter [www.miramed.at](http://www.miramed.at) . Fragen zum Gesundheitszustand (siehe Rückseite) habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Die Hinweise zur Datenverarbeitung in dieser Praxis (DSG-VO) habe ich gänzlich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort, Datum: Unterschrift:

**Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |
| Haben Sie anhaltende Schmerzen? | | | ja | nein |
| Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung? | | | ja | nein |
| Tragen Sie einen Zahnersatz?  Herausnehmbar………………….……, festsitzend ………………………….., seit wann? …….. | | | ja | nein |
| Werden/wurden Sie derzeit (oder wurden Sie früher) mit Bisphosphonat-Präparaten behandelt? Oder werden/wurden Sie mit dem Antikörper Denosumab behandelt ?  z.B. Actonel, Aredia, Alendron-Hexal, Alendronsäure, Bondronat, Bonefos, Didronel, Diphos, Etidronal J., Fosamax, Fosavance, Lodronat, Ostac, Risedronsäure, Skelid, Zometa | | | ja | nein |
| Welche Medikamente, homöopath. Präparate oder Drogen nehmen Sie? | | |  |  |
| Röntgenuntersuchungen, die letzten 12 Monate, wann? / von was?: | | |  |  |
| Wann und weshalb wurden Sie bereits operiert? | | |  |  |
| Haben Sie die örtliche Betäubung bzw. Anästhesie/Narkose gut vertragen? | | | ja | nein |
| Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit der  örtlichen Betäubung bzw. Anästhesie/Narkose? | | | ja | nein |
| Ohnmachtsneigung? | | | ja | nein |
| Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen: | | |  |  |
| ⇒ Herzerkrankungen: | | | ja | nein |
| ⇒ Schilddrüsenerkrankungen: | | | ja | nein |
| ⇒ Kreislaufprobleme (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombosen, etc.): | | | ja | nein |
| ⇒ Akute oder chronische Infektionskrankheiten (z.B.: Hepatitis oder HIV-Erkrankung): | | | ja | nein |
| ⇒ Atemwegserkrankungen (Tbc, Asthma, Bronchitis, etc.): | | | ja | nein |
| ⇒ Muskelerkrankungen bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten: | | | ja | nein |
| ⇒ Lebererkrankungen (Gelbsucht, Fettleber, etc.): | | | ja | nein |
| ⇒ Zuckerkrankheit, Typ 1 ? oder Typ 2 ?: | | | ja | nein |
| ⇒ Nerven- und Gemütsleiden (Epilepsie, Lähmungen, Depressionen, etc.): | | | ja | nein |
| ⇒ Bluterkrankungen oder Gerinnungsstörungen (häufige Blutergüsse, Nasenbluten,   langes Bluten, etc.) bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten: | | | ja | nein |
| ⇒ Krampfadern, oder sonstige Gefäßerkrankungen: | | | ja | nein |
| ⇒ Rheuma, rheumatisches Fieber: | | | ja | nein |
| ⇒ Allergie oder Unverträglichkeit auf: | | | ja | nein |
| ⇒ Sind Sie HIV positiv? | | | ja | nein |
| ⇒ sonstige ernsthafte Erkrankungen: | | | ja | nein |
| ⇒ Taubheitsgefühl im Gesicht oder an anderen Körperstellen: | | | ja | nein |
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | | | ja | nein |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel rauchen Sie täglich | | |  |  |
| Haben Sie lockere Zähne? | | | ja | nein |