

Maria-Theresia-Str.9
A – 4600 Wels
0676 / 420 1860
Fax: 07242 / 890 13 815
ordination@dr-feistl.at
www.dr-feistl.at

DDr. Wolfgang Feistl

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Wahlarzt)

Oberarzt an der Abteilung für Mund-, Kiefer- und
Plastische Gesichtschirurgie am AKh-Linz

Fragebogen

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt
und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Patient | Zuname: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| | Vers.Nr./Geb.Datum: | <input type="text"/> | Titel: | <input type="text"/> |
| | Kasse/Beitragsgr.: | <input type="text"/> | | |
| | Wohnanschrift Straße: | <input type="text"/> | Tel.Privat: | <input type="text"/> |
| | PLZ/Ort: | <input type="text"/> | Tel.Mobil: | <input type="text"/> |
| mitversichert bei: | Zuname: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| | Vers.Nr./Geb.Datum: | <input type="text"/> | Titel: | <input type="text"/> |
| | Straße: | <input type="text"/> | | |
| | PLZ/Ort: | <input type="text"/> | | |
| Dienstgeber | Dienstgeber: | <input type="text"/> | Beruf: | <input type="text"/> |
| | Straße: | <input type="text"/> | PLZ/Ort: | <input type="text"/> |
| | Zahnärztlicher Überweiser: | <input type="text"/> | | |

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1. Sind Sie **zuckerkrank** (Diabetiker)? Ja Nein
2. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie eine Gelbsucht? Ja Nein
3. Haben oder hatten Sie ein Nieren- oder Blasenleiden? Ja Nein
4. Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür? Ja Nein
5. Haben oder hatten Sie eine ernsthafte **Herz- Kreislaufkrankung**? Ja Nein
6. Sind Sie Raucher? Ja Nein
7. Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung des Blutes,
des Knochenmarks oder an einer **Blutgerinnungsstörung**? Ja Nein
8. **Bluten Sie lange** bei Verletzungen? Ja Nein
9. Haben oder hatten Sie eine **ansteckende Erkrankung**?
z.B. Tuberkulose, HIV+, Aids, Hepatitis... Ja Nein
10. Sind Sie **Allergiker** oder vertragen Sie gewisse Medikamente nicht
Welche? Ja Nein
11. Sind Sie **schwanger**? (Röntgenverbot!) Ja Nein
12. Nehmen Sie **Medikamente** ein?
Welche? Ja Nein

Wels, am

.....
Unterschrift des Patienten