

Maria-Theresia-Str.9  
A – 4600 Wels  
**0676 / 420 1860**  
Fax: 07242 / 890 13 815  
[ordination@dr-feistl.at](mailto:ordination@dr-feistl.at)  
[www.dr-feistl.at](http://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!

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