

# Aufnahmeformular



**Dr. Andrea Oßberger**

Fachärztin für Plastische, Ästhetische  
und Rekonstruktive Chirurgie

**Wahlärztin**

Rudigierstraße 10a, 4020 Linz  
Steingasse 4, 4020 Linz

Email: [office@dr-ossberger.at](mailto:office@dr-ossberger.at)

Tel: +43/(0)650/66 11 44 8

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit (Telefon/Email): \_\_\_\_\_

1.) Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten von Medikamenten?  ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

2.) Könnten Sie schwanger sein?  ja  nein

3.) Haben oder hatten Sie eine chronische oder schwere Erkrankungen (Diabetes, KHK,  
Krebserkrankung,...): \_\_\_\_\_

4.) Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein?  ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

5.) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein oder haben Sie eine Störung der  
Blutgerinnung?  ja  nein

6.) Haben Sie häufig Nasenbluten oder bekommen leicht blaue Flecken?  ja  nein

7.) Hatten Sie irgendwelche Eingriffe/Operationen, insbesondere ästhetische?  ja  nein

Wenn ja, welche und kam es dabei zu Komplikationen: \_\_\_\_\_

8.) Hatten Sie Probleme mit Wundheilung oder Narbenbildung?  ja  nein

9.) Rauchen Sie?  ja  nein

10.) Gehen Sie häufig in die Sonne/Solarium?  ja  nein

11.) Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die Fragen so genau und wahrheitsgetreu wie möglich, um einen guten Behandlungserfolg zu garantieren.**

Preisauskunftspflicht laut Ärztekammer: Wahlärzte können nicht direkt mit Krankenkassen abrechnen. Die Kosten von Erstgespräch, Folgeordinationen und jegliche Behandlungen werden direkt in Rechnung gestellt und können anschließend bei den Krankenkassen eingereicht werden.