

Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten sie folgende Fragen sorgfältig, um eine individuelle und risikofreie Behandlung zu ermöglichen.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____ Versicherungsnr: _____

Versicherter: _____ Versicherungsnr: _____
(nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)

Anschrift: _____

Tel.Privat: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Tel.Firma: _____

Zahnzusatzversicherung: _____ Mein Hausarzt: _____

Ihr Hauptanliegen? _____

Auf Grund welcher Empfehlung kommen Sie? _____

Wann war ihre letzte Zahnbehandlung? _____

	Ja	Nein
Sind schöne Zähne für sie wichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie mit dem Zustand bzw. Aussehen ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten sie schmerzlos behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie Angst vom Zahnarzt-Besuch wegen schlechter Erfahrungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden sie regelmäßig Mundhygienehilfsmittel? (Elektr. Zahnbürste, Zahnseide, Zwischenraumbürstchen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten sie schon einmal eine Prophylaxebehandlung bzw. prof. Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen sie eine bestimmte Beratung oder Information? (z.B.über Implantate, Zahnkosmetik, Zahnregulierungen, Amalgamaustausch,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonders am Herzen liegt uns ihre Zahngesundheit, Gesundheit beginnt im Mund

	Ja	Nein
Haben sie empfindliche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch manchmal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie manchmal schlechten Geschmack oder Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie Zahnwanderungen oder Zahnlockerungen festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie manchmal Zahnfleischentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beißen sie sich manchmal Speisereste ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie öfter Fieberblasen oder Aphten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress, berufliche oder familiäre Überlastung führen manchmal zu Kiefergelenks- und Kaumuskelerkrankungen

	Ja	Nein
Knirschen oder Pressen sie mit den Zähnen unbewusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie Kiefergelenksschmerzen oder Kiefergelenksknacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden sie öfter unter Kopf- oder Nackenschmerzen, Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie Ohrensausen (Tinnitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wissen sie, dass Schnarchen bzw. Atmungsstörungen während des Schlafes sehr gefährlich sein können?

	Ja	Nein
Schnarchen sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie oder ihr Partner nächtliche Atemaussetzer bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen sie sich morgens kaputt und zerschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie am Tag müde und unkonzentriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur allgemeinen Gesundheit

	Ja	Nein
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (Lebererkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (Aids)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen, Blutgerinnungsmedikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Rauchen sie mehr als 5 Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, dass ich die Fragen mit großer Sorgfalt beantwortet habe.

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____