



Gesundheitsfragebogen

**Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient!**

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine optimale und risikofreie zahnmedizinische Behandlung benötigen wir von Ihnen auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen zu beantworten. Sollten Sie hierbei Hilfe benötigen oder Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an. Selbstverständlich unterliegen

alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Name/Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Versicherter: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße: _____ **Wohnort:** _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

E-mail: _____ **Beruf:** _____

Krankenversicherung: _____ **Zusatzversicherung:** _____

NUR für privat versicherte Patienten: Sind Sie im **Basistarif** versichert? ja / nein

Hausarzt/Anschrift/Telefon: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?		
Herzerkrankung (z. Bsp.: Infarkt, Endokarditis, Klappenfehler, Klappenersatz, Schrittmacher)		ja/ nein
Kreislaufferkrankung (Bluthochdruck bzw. -niederdruck)		ja/ nein
Epileptische Anfälle (Krampfleiden)		ja/ nein
Diabetes (Typ I o. II)		ja/ nein
Schilddrüsenerkrankung (Über – oder Unterfunktion)		ja/ nein
Augenerkrankung (Grauer o. Grüner Star)		ja/ nein
Lebererkrankung (Gelbsucht ; Hepatitis A – B – C)		ja/ nein
Magen – Darmerkrankungen		ja/ nein
Nierenerkrankung		ja/ nein
HIV - Aids		ja/ nein
Atemwegserkrankung (z. Bsp. Asthma, Tuberkulose)		ja/ nein
Ohnmachtsneigung		ja/ nein
Osteoporose		ja/ nein
Blutgerinnungsstörung		ja/ nein
Tumorerkrankung, Bestrahlungstherapie		ja/ nein
Rheuma		ja/ nein
Rauchen Sie?		ja/ nein
Wurden Sie bereits an den Nasennebenhöhlen operiert?		ja/ nein
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?	ASS 100: Marcumar: Sonstige:	ja/ nein ja/ nein ja/ nein
Bitte wenden – 2. Seite !		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? :	ja/ nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein:	ja/ nein
Haben Sie Allergien (Z. Bsp. Latex, Medikamente wie Penicillin, Betäubungsspritzen) welche?:	ja/ nein
Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja/ nein
Sonstige Erkrankungen oder Infektionen? Wenn ja, welche?	ja/ nein
Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme am Kopf angefertigt?	ja/ nein
Besteht der Verdacht einer Schwangerschaft? (welcher Monat)	ja/ nein
Waren Sie die letzten Jahre regelmäßig beim Zahnarzt (Stempel im Bonusheft)	5 Jahre 10 Jahre
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?	
Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben?	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Empfehlung o.ä.) _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	ja / nein
Sind Sie mit dem Halt / der Funktion Ihrer Prothese zufrieden?	ja / nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten / -entzündungen?	ja / nein
Hatten Sie schon mal eine Parodontosebehandlung?	ja / nein
Leiden Sie unter Mundgeruch / schlechtem Geschmack?	ja / nein
Leiden Sie unter empfindlichen Zahnhälsen?	ja / nein
Knackt Ihr Kiefergelenk?	ja / nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	ja / nein
Hatten Sie schon mal eine Professionelle Zahnreinigung?	ja / nein
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	ja / nein

Zu welchen Themen wünschen Sie eine besondere Beratung?

Amalgamentfernung
Zahnfarbene Restaurationen (Keramikfüllungen, Composite)
Goldinlays
Zahnimplantate
Professionelle Zahnreinigung / Politur / Entfernen von Verfärbungen
Prophylaxe zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontitis / Mundhygieneberatung
Ästhetische Veränderungen wie Zahnaufhellung (Bleaching) oder Verblendschalen (Veneers)

Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Recall-System? Sie werden dann automatisch an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung/Prophylaxetermin per Post oder Email erinnert.

ja / nein

Erinnerung per Brief:
Erinnerung per Email:

Aschaffenburg, den

Unterschrift