



# Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

## Instruktionen an den Patienten:

Sofern Sie weitere Auskünfte über eine Frage geben wollen, benutzen Sie den dafür bestimmten Platz. Sämtliche Antworten werden von uns vertraulich behandelt und dienen der ärztlichen Dokumentation.

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Sind Sie Beihilfe berechtigt? .....  JA  NEIN

Haben Sie bei Ihrer Krankenkasse das System der Kostenerstattung gewählt? .....  JA  NEIN

Beruf: \_\_\_\_\_

Letzte Zahnbehandlung bei: \_\_\_\_\_

> Sind dort Röntgenaufnahmen angefertigt worden? .....  JA  NEIN

Letzte professionelle Zahnreinigung am \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_





	JA	NEIN
1. Glauben Sie, dass Ihre Zähne Ihre Gesundheit beeinträchtigen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie mit der äußeren Erscheinung Ihrer Zähne unzufrieden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bekümmert Sie eine zahnärztliche Behandlung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen bestimmter Nahrung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie eine unangenehme Reaktion auf eine zahnärztliche Betäubung erlebt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie jemals einen Unfall mit Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden Sie je im Bereich des Mundes oder der Lippen operiert, z.B. um einen Tumor, eine Zyste oder irgendeine andere Erkrankung zu behandeln? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurden Sie im letzten Jahr durch einen Arzt untersucht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie im Verlauf des letzten Jahres eine Veränderung an Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand bemerkt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> wenn ja, weshalb? .....		
11. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> wenn ja, welche? .....		
12. Nehmen Sie Bisphosphonate? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Waren Sie im vergangenen Jahr sehr schwer krank? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Waren Sie im vergangenen Jahr zur stationären Behandlung im Krankenhaus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen?		
Rheumatisches Fieber? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündlicher Rheumatismus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (Gelbsucht)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes( Zuckerkrankheit)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtserkrankungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirnschlag? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzgeräusch? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Litten Sie jemals unter Asthma oder Heuschnupfen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie jemals Hautausschläge bekommen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



19. Haben Sie jemals eine unangenehme Reaktion auf folgende Medikamente erlebt:

JA NEIN

- Aspirin? .....
- Penicillin? .....
- Jod? .....
- Barbiturate (Schlafmittel)? .....
- Beruhigungstabletten (Valium, Librium, Mogadam)? .....
- Andere Medikamente .....

20. Haben Sie einen Allergiepass? .....

>Wenn ja, auf welche Substanzen reagierten Sie allergisch? .....

21. Haben Sie öfter schwere Kopfschmerzen? .....

22. Haben Sie Schwierigkeiten mit den Kieferhöhlen? .....

23. Haben Sie leicht Nasenbluten? .....

24. Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden? .....

25. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich stoßen? .....

26. Haben Sie irgendeine Bluterkrankung (Anämie, usw.)? .....

27. Sind Sie HIV-positiv? .....

28. Haben Sie kürzlich ohne Diät abgenommen? .....

29. Leiden Sie häufig an Verdauungsstörungen? .....

30. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken? .....

31. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? .....

32. Erbrechen Sie häufig? .....

33. Rauchen Sie? .....

34. Sind Sie meistens sehr durstig? .....

35. Müssen Sie mehr als sechsmal am Tag Wasser lassen? .....

36. Hatten Sie jemals schmerzhafte und geschwollene Gelenke? .....

37. Ermüden Sie leicht? .....

38. Fallen Sie leicht in Ohnmacht? .....

39. Haben Sie jemals epileptische Anfälle gehabt? .....

40. Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund? .....

41. Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse? .....

42. Haben Sie vor kurzem Zahnschmerzen gehabt? .....

43. Haben Sie öfter einen „schlechten Geschmack“ im Mund? .....

44. Haben Sie Zahnfleischbluten? .....

45. Leiden Sie öfter unter Aphthen (kleine Bläschen in der Mundschleimhaut)? .....



JA NEIN

46. Haben Sie jemals eine schwere Infektion im Munde durchgemacht? .....
47. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Mundöffnung? .....
48. Spüren Sie ein Knacken im Kiefergelenk, wenn Sie kauen? .....
49. Sind Sie kieferorthopädisch behandelt worden? .....
50. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? .....

51. Welche Art von Zahnbürste benutzen Sie?

- weich                       mittel                       hart  
 Nylonborsten               Naturborsten               elektrisch

52. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? \_\_\_\_\_ Mal pro Tag über \_\_\_\_\_ Minuten

53. Welche der folgenden Hilfsmittel benutzen Sie zusätzlich?

- Zahnseide                       Zahnhölzer  
 Interdentalbürste               Stimulator

54. Fluoridieren Sie Ihre Zähne? .....

Wenn ja, womit?

- Tabletten                       Gel  
 fluoridiertes Salz               Zahnpasta? \_\_\_\_\_

55. Welches ist Ihr Hauptanliegen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NUR FÜR FRAUEN:**

56. Sind Sie gegenwärtig schwanger? .....
57. Nehmen Sie orale Antikonzeptiva („die Pille“) ein? .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

