



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"/>
Herzkrankungen?	<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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie einen Allergiepass?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

>Wenn ja, auf welche Substanzen reagierten Sie allergisch?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

21. Haben Sie öfter schwere Kopfschmerzen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

22. Haben Sie Schwierigkeiten mit den Kieferhöhlen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

23. Haben Sie leicht Nasenbluten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

24. Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

27. Sind Sie HIV-positiv?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

28. Haben Sie kürzlich ohne Diät abgenommen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

29. Leiden Sie häufig an Verdauungsstörungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

30. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

31. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

32. Erbrechen Sie häufig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

33. Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

34. Sind Sie meistens sehr durstig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

36. Hatten Sie jemals schmerzhafte und geschwollene Gelenke?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

37. Ermüden Sie leicht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

38. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

39. Haben Sie jemals epileptische Anfälle gehabt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

40. Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

41. Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

42. Haben Sie vor kurzem Zahnschmerzen gehabt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

44. Haben Sie Zahnfleischbluten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------



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