



Gesundheitsfragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

Ihre allgemeine Gesundheit ist im Zusammenhang der zahnmedizinischen Gesundheit und Behandlung von Bedeutung. Daher ist das Ausfüllen des Bogens Grundlage der Behandlung. Wenn Sie Probleme beim Ausfüllen haben sollten, dann sprechen Sie uns einfach an.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung an Ihren Gesundheitsstatus anzupassen.

Allgemeinmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
Wer ist Ihr Hausarzt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten, etwa auf Spritzen oder Medikamente?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lungenerkrankungen, z.B. Asthma, Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Herzerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kreislauferkrankungen, z.B. Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Stoffwechselerkrankungen, z.B., Diabetes (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Lebererkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rheumaerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Infektionserkrankungen, z.B. Hepatitis, HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nehmen Sie Bisphosphonate ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zur einer verlängerten Blutung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zahnärztliche Anamnese

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? Wo?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wo?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk der Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf eine zahnärztliche Anästhesie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie eine Parodontose Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie ein Bonusheft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Ja	Nein
Wünschen Sie an regelmäßige Kontrollen erinnert zu werden, sog. Recall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum _____

Unterschrift _____