

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Patrick Schüttler.

Um Sie besser kennen zu lernen und unliebsame Überraschungen während der Behandlung auszuschließen, füllen Sie unseren Gesundheitsfragebogen bitte möglichst gewissenhaft aus.

Bitte kreuzen Sie auch das Feld für „Nein“ an, wenn es auf Sie zutrifft. Sie vermeiden damit unnötige Verwechslungen. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Bitte weisen Sie uns bei späteren Besuchen darauf hin, wenn sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand verändert hat.

Alle Angaben auf dieser Seite unterliegen natürlich dem Datenschutz und werden mit höchster Diskretion behandelt.

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse (Straße, PLZ, Ort):
Telefonnummer: Fax-Nummer:
Mobiltelefon: Email-Adresse:
Beruf:

Zur Zahngesundheit:

1. Leiden Sie momentan unter Zahnschmerzen? Ja Nein
2. Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein
3. Leiden Sie unter Schmerzen in den Kiefergelenken? Ja Nein
4. Wurden Sie in Mund-Kiefer-Gesichtsbereich operiert? Ja Nein
5. Wurden Sie durch einen anderen Zahnarzt auf Erkrankungen hingewiesen? Ja Nein
6. Welches nicht genannte Leiden führt Sie zu uns?
7. Wurden im letzten halben Jahr Röntgenaufnahmen vom Kopf/Zähnen gemacht? Ja Nein
8. Wie alt ist Ihr derzeitiger Zahnersatz? Jahre
9. Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein
10. Sind Sie an „Professioneller Zahnreinigung“ (PZR) interessiert? Ja Nein
11. Möchten Sie regelmäßig an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? Ja Nein

Zum Allgemeinbefinden:

1. Leiden oder litten Sie an einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten?
 - a) Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma) Ja Nein
 - b) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzschwäche, Bluthochdruck, Herzinfarkt etc.)
Wenn ja, welche? Ja Nein
 - c) Bluterkrankungen (Blutungsneigung, Blutarmut) Ja Nein
 - d) Nierenerkrankungen (Chron. Insuffizienz, Dialyse) Ja Nein
 - e) Lebererkrankungen Ja Nein
 - f) Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
 - g) Rheumatische Erkrankungen, Gelenk- u. Muskelschmerzen Ja Nein
 - h) Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein
 - i) Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, AIDS) Ja Nein
 - j) Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
 - k) Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) Ja Nein
 - l) Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen (z.B. auf Spritzen/Betäubungen oder
Medikamente wie Aspirin, Penicillin, Jod) Ja Nein
Wenn ja, welche?
 - m) Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck) Ja Nein
 - n) Sonstige Erkrankungen (welche?) Ja Nein
2. Nur männliche Patienten: Prostataerkrankungen? Ja Nein
3. Nur weibliche Patienten: Schwangerschaft im Monat? Ja Nein
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?
5. Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Name, Anschrift d. Arztes: Tel:

München, _____
Ort, Datum

Unterschrift