

Herzlich Willkommen in der Praxis zahnteam!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, diesen Fragebogen - er umfasst nur zwei Seiten - in Ruhe und vollständig auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnehmer (Bei Familienmitglied): _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? _____

Name des Hausarztes: _____

Beruf(*): _____

Arbeitgeber(*): _____

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

**freiwillige Angabe*

Zahn- & Mundsituation

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Leiden Sie an Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann? Seit _____ Jahren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Zahnlücken, die geschlossen werden sollen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontose-Behandlung durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Ihnen Geräusche/Knacken im Kiefergelenk je bewusst aufgefallen (z.B. beim Gähnen oder Kauen)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an Kopf- und Nackenschmerzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Allgemeine Situation

	ja	nein
Haben Sie Probleme mit regelmäßigen Schnarchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf welche Medikamente oder Stoffe reagieren Sie allergisch? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an zu hohem Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Stent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis, ...) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an grünem Star? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter einer Lungenerkrankung (Asthma, COPD etc.)? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Nieren- oder Lebererkrankung? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie dialysepflichtig? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter einer Tumorerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Immunsuppressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie andere, nicht in diesem Bogen erwähnte Erkrankungen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein, die nicht in diesem Bogen erwähnt wurden? Wenn ja welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
<i>Frage für Patientinnen:</i> Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche SSW? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillen Sie zur Zeit? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchten Sie regelmäßig schriftlich an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

_____ Datum

_____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)