

Gesundheitsfragebogen

Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Bogen so exakt wie möglich aus, damit wir die Behandlung genau auf Sie abstimmen können!

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
--

Nachname des Patienten	Vorname
Versicherungsnummer des Patienten	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer privat / Handy
Versicherungsanstalt (z.B.: GKK, SVA, BVA)	Beruf
Dienstgeber, Dienstort	Telefonnummer Firma / Büro
Ihr Hausarzt	Adresse
Zahnzusatzversicherung	Versicherungsanstalt

Nachname des Versicherten	Vorname
Versicherungsnummer des Versicherten	Geburtsdatum

Ihre Zahngesundheit ist uns wichtig – allgemeine Fragen:

JA NEIN

- Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

- Durch welche Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis?

- Ihr Hauptanliegen

- Wann erfolgte die letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich?

- Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden?
- Sind gesunde und schöne Zähne für Sie wichtig?
- Hatten Sie schon einmal eine Prophylaxebehandlung/prof. Mundreinigung?

- Können Sie Ihr Essen gut kauen? Haben Sie beim Zubeißen ein Problem?

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim oder nach dem Zähneputzen manchmal?

- Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich?

- Sind Ihnen Zahnlockerungen oder Zahnwanderungen aufgefallen?

- Leiden Sie manchmal unter schlechtem Geschmack oder Mundgeruch?

- Haben Sie manchmal Migräne, Kopf- oder Nackenschmerzen?

- Leiden Sie unter Kiefergelenksschmerzen?

- Schnarchen Sie?

- Fühlen Sie sich morgens müde und unausgeschlafen?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche?

- Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen / Medikamente?

- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Welche?

- Rauchen Sie regelmäßig? Wenn „Ja“, wie viel pro Tag oder Woche?

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn „Ja“, welcher Monat?

- Haben oder hatten Sie jemals Schwierigkeiten mit langem Bluten?

- Haben oder hatten Sie jemals Herz- oder Kreislaufprobleme?

- Haben oder hatten Sie jemals Störungen bei der Verdauung?

- Haben oder hatten Sie jemals Epilepsie?

- Haben oder hatten Sie jemals eine Zuckerkrankheit / Diabetes?

- Haben Sie Hepatitis?

- Haben Sie eine HIV-Infektion oder AIDS?

- Haben Sie eine Jakob-Creutzfeld-Erkrankung?

- Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen?

- Haben Sie andere nicht angeführte Allergien?

- Leiden Sie unter schwerem Rheuma oder rheumatischem Fieber?

- Haben Sie Herz- oder Niereninfektionen?

- Haben Sie Tuberkulose?

- Leiden Sie an einer anderen ernsthaften nicht angeführte Erkrankung?

Datum: _____ Unterschrift: _____
 Bitte wenden Sie den Gesundheitsbogen 2/2