

Gesundheitsfragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Geb. am: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Ihr Hausarzt: _____

Tel. Hausarzt: _____

Sind Ihre Zähne empfindlich?

Wärme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kälte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Süßem	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beim Kauen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Blutet Ihr Zahnfleisch
beim Zähne putzen? Ja Nein

Beißen Sie sich etwas in die
Zwischenräume ein? Ja Nein

Haben Sie Allergien?
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie momentan
Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Welche Medikamente vertragen Sie nicht?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, in der wievielten Woche?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Rauchen Sie? Ja Nein

Gehen Sie zur
Professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Befinden Sie sich in
medizinischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, warum?

Haben Sie Angst
vor der Behandlung? Ja Nein

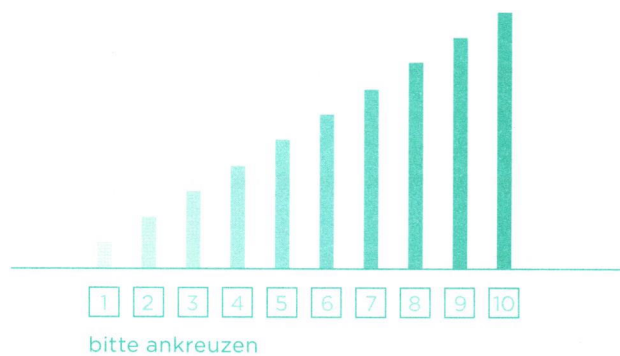
Medizinische Befunderhebung?

Ich habe/hatte folgende Erkrankungen:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzprobleme | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| AIDS/HIV | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma/Lunge | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma/rheumatisches Fieber | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nieren | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden sind Sie mit ihrem Lächeln?



Ort, Datum

Wen dürfen wir im Falle eines unvorhergesehenen Zwischenfalls benachrichtigen?

Name: _____

Tel.: _____

Für mein Wohlbefinden brauche ich

- Ruhe
- Musik
- genaue Erklärungen
- Betäubung

Ich wünsche folgende Informationen über

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Implantate | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Professionelle Zahnreinigung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Behandlung unter Vollnarkose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bleichen/Bleaching | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnregulierung (die unsichtbare Zahnspange) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Prophylaxe | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Veneers | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Amalgamalternativen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Ich wurde auf Sie aufmerksam

- Internet
- Empfehlung
- Telefon-/Branchenbuch

Unterschrift