



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte die Stammdaten unbedingt vollständig ausfüllen!

Vor- und Nachname :

.....

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

.....

Telefon oder Handynummer:

.....

E-Mail:

.....

Beruf (optional):

.....

Dienstgeber (optional):

.....

Krankenkasse bzw. Hauptversicherung:

.....

Zahnzusatzversicherung:

.....

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus und aktualisieren Sie bei Änderungen. Sie tragen so dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand richtig beurteilen und Sie deshalb auch besser behandeln können. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt!

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam, wie haben Sie von uns erfahren?

.....

.....

Welches Anliegen führt Sie zum Zahnarzt?

- Akute Schmerzen
- Routine Kontrolle
- Problem mit Zahnersatz
- Zahnstellungskorrektur – Invisalign
- Implantat-Wunsch
- Naturzahnheilkunde

- Andere Gründe:.....

Welche Behandlungsform bevorzugen Sie?

- Standard-Behandlung
- Private Behandlungen mit gesonderten Terminen
- Behandlung mit Akupunktur
- Behandlung mit Bio-Materialien

Wann waren Sie letztes Mal beim Zahnarzt?

Wann war Ihre letzte Zahnprophylaxe?

Welche Putzmittel benutzen Sie für Ihre Mundhygiene:

- Handzahnbürste
- Elektrische Zahnbürste (Welche:)
- Interdental-Zahnbürste (Kleine Zwischenzahnbürstchen)
- Zahnseide
- Andere, (Welche:)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Bitte beantworten Sie mit Ja/Nein und erläutern Sie

Erhöhte Blutung / Blutungszeit verlängert:

Aids oder HIV-positiv (bzw. Wann wurde es eingestellt:)

Herzfehler oder Herzbeschwerden:

Schilddrüsenerkrankungen:

Hypertonie/Hypotonie (Welche:)

Strahlen- oder Chemo-Therapie:
(Welche und Wann:)

Diabetes:.....

Kiefergelenkbeschwerden:.....

Hepatitis A/B/C:
.....

Augenleiden:.....
....

Parodontitis:

Tuberkulose:

Asthma:

Allergien:
.....

.....
.....

Sonstige Krankheiten:

.....
.....
.....

Medikamenten

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rauchen Sie?.....

Wie viele Zigaretten pro Tag?

.....

Andere Rauschmittel:

.....

Wie würden Sie Ihr Lächeln bewerten? von 1 (nicht schön) bis 10 (schön):.....

Datum: _____

Unterschrift der Patientin (des Patienten):

Kontrolliert von:
