

Titel/Nachname: _____ Vorname: _____
 Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
 Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____
 Zahnarzt: _____ Krankenkasse: _____
 Hausarzt: _____ Sozialvers-Nr.: _____

Überweisung durch Arzt , Zahnarzt , Sonstige _____
 Welche besonderen Anliegen führen sie zu diesem Zahnarztbesuch?
 Schmerzen , Beratung , Zweitmeinung , Unfall , Sonstige

Wie wurden sie auf uns aufmerksam: _____

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname und Adresse: _____

Zahnmedizinische Fragen:

J ? N

Haben sie Schmerzen □ □ □
 - an Zähnen , am Zahnfleisch , im Oberkiefer im Unterkiefer

 Haben sie oft □ □ □
 - Aphten , Fieberbläschen , Entzündungen der Mundschleimhaut
 - Prothesendruckstellen , Sonstige _____ □ □ □

 Hatten sie einen Zahnunfall? □ □ □
 Knirschen oder Pressen sie mit den Zähnen? □ □ □
 Haben sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelschmerzen? □ □ □
 Haben sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben? □ □ □
 Benutzen sie Mundhygienehilfsmittel wie Zahnseide ,
 Zahnzwischenraumbürstchen , Mundspüllösung , Sonstiges _____ □ □ □
 Wie oft? täglich , mehrmals wöchentlich , gelegentlich

 Gehen sie regelmäßig zum Zahnarzt? halbjährlich , jährlich , gelegentlich

 Wann war die letzte Konsultation? _____
 Konsultationsgrund: Kontrolle , Schmerzen , Sonstiges _____

Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? □ □ □
 Hatten sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen? □ □ □
 Hatten sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? □ □ □
 Schmerzen/Schwellung , Nachblutung , Materialunverträglichkeit ,
 Probleme mit Zahnersatz , Sonstiges _____

Fragen zum Gesundheitszustand

Fühlen sie sich zur Zeit krank? □ □ □
 Waren sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung? □ □ □
 Waren sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus? □ □ □
 Weshalb? _____
 Nehmen sie zur Zeit irgendwelche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? □ □ □

Bitte alle aktuell eingenommenen Präparate auf der beiliegenden Medikamentenliste eintragen!

Bitte auch die Rückseite dieses Formulars vollständig ausfüllen!

HABEN ODER HATTEN SIE

(ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

J ? N

Herz-Kreislaufkrankungen

- zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?
- Herzbeschwerden/ Schmerzen in der Brust bei Anstrengung (Angina pectoris)
- Schwindel
- Ohnmachtsanfälle
- Herzrhythmusstörungen
- einen Herzinfarkt
- einen Schlaganfall
- Atemnot bei kleineren Anstrengungen
- geschwollene Beine
- periphere Durchblutungsstörungen
- einen angeborenen Herzfehler
- Endokarditis
- einen Herzschrittmacher
- eine Herzklappenoperation

Atemwegserkrankungen

- Nasennebenhöhlenentzündung
- chronische Bronchitis
- beim Husten Blut im Auswurf
- Tuberkulose
- Atembeschwerden beim Treppensteigen
- Atembeschwerden beim Schlafen
- Schnarchen Sie?

Bluterkrankungen

- eine Bluterkrankung - wenn ja welche
-
- eine Blutarmut (Anämie)
- eine verlängerte Blutungszeit
- leicht entstehende blaue Flecken
- Bluttransfusionen
- eine Dialyse
- je blutverdünnende Medikamente eingenommen (z.B. Marcoumar, Sintrom)?
- ein Blutspende-Verbot

Allergische Reaktionen

- Asthma
- Heuschnupfen
- Hautausschläge
- Überempfindlichkeitsreaktionen auf Medikamente (z.B. Lokalanästhetika Penicillin , andere Antibiotika , Jod , Sulfonamide , Schmerzmittel)
- Lebensmittel , Pollen , Staub , Metalle , Kunststoffe
- Sonstiges _____

J ? N

Rheumatische und oder Gelenkserkrankungen:

- Arthritis
- Rheumatisches Fieber
- künstlicher Gelenkersatz?
- Chronische Schmerzen

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)
- eine Schilddrüsenerkrankung
- häufig Durst
- häufig Harndrang
- eine schlechte Wundheilung
- hormonelle Störung/ Hormontherapie

Neurologische/ psychische Erkrankungen

- eine Demenz
- eine oder mehrere Depressionen
- Morbus Parkinson

Andere Erkrankungen

- ein chronisches Augenleiden
- Nierenerkrankungen
- eine Niereninsuffizienz
- Magen- Darmerkrankungen
- Appetitmangel, -losigkeit
- Lebererkrankungen
- Leberentzündung, Gelbsucht (Hepatitis)
- Multiple Sklerose
- Tumorleiden
- eine Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung?
- eine Tumor oder Osteoporosebehandlung mit Bisphosphonaten?
- Erbkrankheiten
- Epilepsie (Krampfanfälle)
- Leiden oder litten sie an einer Geschlechtskrankheit?
- Haben sie einen HIV-Test gemacht wenn ja wann? _____
- Bestehen Risikofaktoren für eine HIV-Infektion?
- Rauchen sie?
- wie viel? _____
- Trinken sie regelmäßig Alkohol

ein Gesundheitsausweis

- (Blutverdünnung, Allergie, Endokarditis, u.a. vom Arzt)

Nur Patientinnen:

- Sind sie schwanger
- Nehmen sie orale Kontrazeptiva (Pille)
- Tragen sie eine Spirale?

.....
Datum und Unterschrift des Patienten

.....
Datum Überprüfung von

