



Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Instruktionen an den Patienten:

Sofern Sie die Fragen mit „ja“ beantworten können, kreuzen Sie bitte „ja“ an. Sofern Sie die Fragen mit „nein“ beantworten wollen, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Sofern Sie weitere Auskünfte über eine Frage geben wollen, benutzen Sie den dafür bestimmten Platz. Sämtliche Antworten werden von uns vertraulich behandelt & dienen nur für die ärztliche Dokumentation.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Strasse: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____ geschäftlich: _____

Mobil: _____

E-Mail _____

Versicherung: _____

Beruf: _____

Letzte Zahnbehandlung bei: _____

JA NEIN

> Sind dort Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Letzte professionelle Zahnreinigung am: _____



Hausarzt: _____

Empfohlen durch: _____





JA NEIN

- 1. Glauben Sie, dass Ihre Zähne Ihre Gesundheit beeinträchtigen? JA NEIN
- 2. Sind Sie mit der äußeren Erscheinung Ihrer Zähne unzufrieden? JA NEIN
- 3. Bekümmert Sie eine zahnärztliche Behandlung? JA NEIN
- 4. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen bestimmter Nahrung? JA NEIN
- 5. Haben Sie eine unangenehme Reaktion auf eine zahnärztliche Betäubung erlebt? JA NEIN
- 6. Hatten Sie jemals einen Unfall mit Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich? JA NEIN
- 7. Wurden Sie je im Bereich des Mundes oder der Lippen operiert, z.B. um einen Tumor, eine Zyste oder irgendeine andere Erkrankung zu behandeln? JA NEIN
- 8. Wurden Sie im letzten Jahr durch einen Arzt untersucht? JA NEIN
- 9. Haben Sie im Verlauf des letzten Jahres eine Veränderung an Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand bemerkt? JA NEIN
- 10. Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt? JA NEIN
> wenn ja, weshalb?
 _____
- 11. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? JA NEIN
> wenn ja, welche?
 _____
- 12. Nehmen Sie Bisphosphonate? JA NEIN
- 13. Waren Sie im vergangenen Jahr sehr schwer krank? JA NEIN
- 14. Waren Sie im vergangenen Jahr zur stationären Behandlung im Krankenhaus? JA NEIN
- 15. Hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen? JA NEIN
 - Rheumatisches Fieber? JA NEIN
 - Entzündlicher Rheumatismus? JA NEIN
 - Hepatitis (Gelbsucht)? JA NEIN
 - Diabetes (Zuckerkrankheit)? JA NEIN
 - Hoher Blutdruck? JA NEIN
 - Niedriger Blutdruck? JA NEIN
 - Tuberkulose? JA NEIN
 - Geschlechtserkrankungen? JA NEIN
 - Herzerkrankungen? JA NEIN
 - Hirnschlag? JA NEIN
 - Herzgeräusch? JA NEIN
 - Tinnitus? JA NEIN
- 16. Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten? JA NEIN
- 17. Litten Sie jemals unter Asthma oder Heuschnupfen? JA NEIN
- 18. Haben Sie jemals Hautausschläge bekommen? JA NEIN



- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Haben Sie jemals eine unangenehme Reaktion auf folgende Medikamente erlebt: | | |
| Aspirin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicillin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jod? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbiturate (Schlafmittel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beruhigungstabletten (Valium, Librium, Mogadan)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > wenn ja, auf welche Substanzen reagierten Sie allergisch? | | |
| <hr/> | | |
| 21. Haben Sie öfter schwere Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Haben Sie Schwierigkeiten mit den Kieferhöhlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Haben Sie leicht Nasenbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich stoßen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Haben Sie irgendeine Bluterkrankung (Anämie, usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Sind Sie HIV-positiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Haben Sie kürzlich ohne Diät abgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Leiden Sie häufig an Verdauungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Erbrechen Sie häufig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Sind Sie meistens sehr durstig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Müssen Sie mehr als sechsmal am Tag Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Hatten Sie jemals schmerzhafte und geschwollene Gelenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Ermüden Sie leicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Fallen Sie leicht in Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Haben Sie jemals epileptische Anfälle gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Haben Sie vor kurzem Zahnschmerzen gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Haben Sie öfter einen „schlechten Geschmack“ im Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Haben Sie Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Leiden Sie öfter unter Aphthen (kleine Bläschen in der Mundschleimhaut)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



JA NEIN

- 46. Haben Sie jemals eine schwere Infektion im Munde durchgemacht?
- 47. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Mundöffnung?
- 48. Spüren Sie ein Knacken im Kiefergelenk, wenn Sie kauen?
- 49. Sind Sie kieferorthopädisch behandelt worden?
- 50. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?

51. Welche Art von Zahnbürste benutzen Sie?

- weich mittel hart
- Nylonborsten Naturborsten elektrisch

52. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal pro Tag über _____ Minuten

53. Welche der folgenden Hilfsmittel benutzen Sie zusätzlich?

- Zahnseide Zahnholzler
- Interdentalbürste Stimulator

54. Fluoridieren Sie Ihre Zähne?

Wenn ja, womit?

- Tabletten Gel
- fluoridiertes Salz Zahnpasta? _____

55. Welches ist Ihr Hauptanliegen?

NUR FRAUEN:

56. Sind Sie gegenwärtig schwanger?

57. Nehmen Sie orale Antikonzeptiva („die Pille“) ein?

Ort, Datum

Unterschrift

i Sollten sich während der zukünftigen Behandlung Änderungen meiner Angaben zur medizinischen Anamnese ergeben, werde ich dieses rechtzeitig mitteilen.