



Dr. Pfahler

Ideen für Ihre Zahngesundheit

Fragebogen

I. Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name (Versicherter)	Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum (Versicherter)
Straße	Postleitzahl	Wohnort
Telefon privat	Mobil	eMail
Hausarzt	Krankenkasse /Versicherung	Zusatzvers./beihilfeberechtigt?
Beruf	Arbeitgeber	Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch genaue Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

II. Allgemeinmedizinische Anamnese

	Ja	Nein		Ja	Nein
Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie eine Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie eine Lebererkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklappen oder Herzrasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Herzmuskelschwäche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie hormonelle Probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Bronchial-Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hatten Sie jemals eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Für Patientinnen:		
Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

» weiter auf der Rückseite



III. Zahnmedizinische Anamnese

Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung und Beratung über Vorsorgemaßnahmen | <input type="radio"/> Beratung über Zahnimplantate |
| <input type="radio"/> Beratung und Behandlung von Karies und Parodontitis | <input type="radio"/> Verbesserung der Ästhetik |
| <input type="radio"/> Beratung über Zahnstellungs-Korrekturen und Kieferregulierung | <input type="radio"/> Beratung über metallfreien Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | |

Waren Sie letztes Jahr oder sind Sie zur Zeit in Behandlung?

Zahnarzt Ja Nein wenn ja, warum? _____
Arzt/Facharzt Ja Nein wenn ja, warum? _____

Haben Sie aktuell Schmerzen oder Beschwerden im/ am/ an: (bitte werten Sie diese mit 1 (gering) bis 10 (sehr stark))

- Kopf Stärke: _____
 Nacken Stärke: _____
 Ohrbereich/Kiefergelenk Stärke: _____
 Nebenhöhlen Stärke: _____
 Zahnfleisch/Kieferknochen Stärke: _____

Erlitten Sie einen Unfall oder Schlag im Kopf-, Hals-, Gesichts- oder Mundbereich? Ja Nein

wenn ja, wann? _____ Unfallart: _____

Wurden Sie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich schon einmal operiert? Ja Nein

wenn ja, wann? _____ Art der OP: _____

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal am Kopf bzw. im Zahn-, Mund- oder Kieferbereich geröntgt?

_____ Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Ja Nein

wenn ja, wann? _____ Art der Komplikation: _____

Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein

wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Nichtraucher seit: _____

Sind Erkrankungen, Neigungen zu Erkrankungen des Parodonts (Zahnbett, Zahnfleisch), zu Osteoporose (Knochendichteproblem) oder zu Karies bekannt?

- Neigung zu Zahnfleischbluten Neigung zu Karies
 Neigung zu Osteoporose (Knochendichteproblem) Neigung zu Mundgeruch

Verwenden Sie Fluoride? Ja Nein wenn ja, welche Präparate und wie oft? _____

Ich bin damit einverstanden an meine Vorsorgetermine erinnert zu werden. Ja Nein

Datum, Unterschrift (Vor- und Zuname) _____