

# Zahnarztpraxis am Flughafen München



## Gesundheitsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Tel. Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Sind Ihre Zähne empfindlich?**

Wärme Ja  Nein

Kälte Ja  Nein

Süßem Ja  Nein

Beim Kauen Ja  Nein

**Blutet Ihr Zahnfleisch  
beim Zähne putzen?** Ja  Nein

**Beißen Sie sich etwas in die  
Zwischenräume ein?** Ja  Nein

**Haben Sie Allergien?** Ja  Nein

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

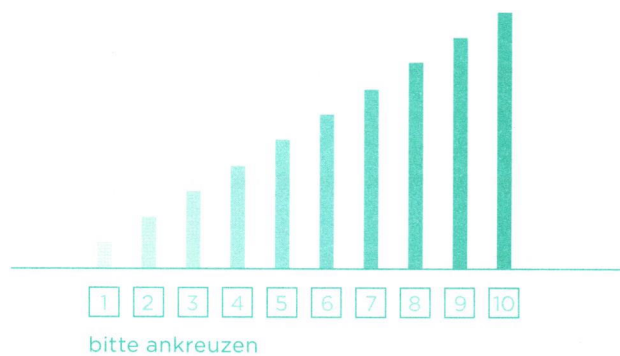
**Medizinische Befunderhebung?**

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