

Wenn Sie den nachfolgenden Fragebogen vorab ausfüllen, zufaxen oder mitbringen, können Sie etwas Zeit sparen.

Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Vorname Alter.....

- Meine Ernährung ist „normal“ gesund und ausgewogen
 Nichtraucher Raucher 0 - 10 Zigaretten über 10 Zigaretten
 Ich trinke sehr selten/keinen Alkohol Ich trinke täglich etwa (bitte Anzahl angeben)
 Glas Bier Glas Wein Schnäpse
 Ich nehme regelmäßig folgende Ich nehme keine Medikamente.

Medikamente/Präparate ein:
(Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel an.)

- Ich bin z.Zt. in ärztlicher Behandlung wegen:
 Ich leide an folgenden Krankheiten:

- Allergien gegen:**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle) |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Kreislauf- und Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |

Nur für Frauen: Ich bin schwanger

- Ich wurde das letzte Mal geröntgt im Jahre, an den Zähnen
- Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden
- Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal
- Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal
- Ich beobachte Zahnlockerung oder habe Zähne durch Parodontose verloren ja nein
- Ich hatte bereits einmal eine Parodontosebehandlung: ja nein weiß nicht
- Ich nehme bereits an einem persönlichen Zahnerhaltungsprogramm teil: ja nein
- Ich würde gerne an einem persönlichen Zahnerhaltungsprogramm teilnehmen: ja nein
- Ich knirsche mit den Zähnen ja nein manchmal

- Ich wünsche eine spezielle Beratung über:** Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Füllungsalternativen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung | <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft | <input type="checkbox"/> Kinderuntersuchung | | |
| <input type="checkbox"/> Behandlung in Sedierung oder Narkose | <input type="checkbox"/> Hotelunterbringung bei Behandlung | | |

- Ich komme auf Überweisung durch
Sollten erst vor kurzem Röntgenaufnahmen gemacht worden sein, so bringen Sie diese mit oder veranlassen Sie, dass Ihr Zahnarzt sie uns sendet – gerne auch per e-mail, das ist bei digitalen Bildern am besten. Bringen Sie ggf. auch Berichte mit.
- auf Empfehlung durch

Ich wünsche regelmäßig an meine Kontroll-Termine erinnert zu werden ja nein

ausgefüllt am: von: