

## Gesundheitsfragebogen

Name	_____	Über wen sind die versichert?	O selbst
Vorname	_____	Name	_____
Geburtsdatum	_____	Vorname	_____
Strasse + Hausnr.	_____	Geburtsdatum	_____
PLz, Wohnort	_____	Strasse + Hausnr.	_____
Telefon privat	_____	PLz, Wohnort	_____
mobil privat	_____	Telefon geschäftl.	_____
Email privat	_____	mobil geschäftl.	_____
versichert bei:	_____	Email geschäftl.	_____
Zusatzversicherung bei:	_____ seit: _____	O Standardtarif (nur bei privat Versicherten)	
		O Beihilfe berechtigt	

### **Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an bzw. ergänzen die Angaben!**

Haben Sie Allergien? (Allergiepass vorlegen!)	O ja	O nein
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	O ja	O nein
Haben Sie eine Atemwegserkrankung	O Asthma O COPD	O nein
Liegt eine Herz- / Kreislaufkrankung vor? Welche?	O ja _____	O nein
Wie hoch ist Ihr Blutdruck?	_____	
Hatten Sie eine Herz-OP?	O ja Wann?: _____	O nein
Wurde daher eine Endokartitisprophylaxe verordnet?	O ja, welche?: _____	O nein
Haben Sie Diabetes?	O ja, vom Facharzt eingestellt	O nein
Liegt eine Infektionskrankheit vor?	O HIV O Hepatitis B / C	O nein
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor? Welche?	O ja, welche?: _____	O nein
Haben Sie eine Erkrankung an:	O Magen O Darm O Niere O Nerven O Prostata	O nein
Leiden Sie unter Migräne?	O seit: _____ O wie oft? ____	O nein
Haben Sie eine Augenerkrankung?	O grauer Star O grüner Star	O nein
Hatten Sie eine andere Operation? Wann? _____		O nein
Wo am Körper? _____	Was wurde gemacht? _____	
Hatten Sie einen Unfall? Wann? _____	Folgen?: _____	
Haben /hatten Sie eine Therapie mit Bisphosphonaten?	O ja Wann?: _____	O nein
Nennen Sie alle Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel, welche Sie einnehmen:		
Medikamente:	_____	
Nahrungsergänzung:	_____	
Hausarzt/in inkl. Ort: _____	Heilpraktiker/in inkl. Ort: _____	

### **Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig in eigenem Interesse!**

Unsere Verschwiegenheit ist selbstverständlich! Sie geben uns hier lediglich die Freigabe mit behandelnden Ärzten / Therapeuten Rücksprache zu halten bzw. diesen Auskunft zu geben. O ja O nein

Dürfen Terminvergaben bzw. -änderungen mit Familienmitgliedern besprochen werden? O ja O nein

Die meisten Behandlungen werden bei uns fotografisch dokumentiert. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der anonymisierten Verwendung für fachliche Zwecke einverstanden! O ja O nein

### **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit durch die Gabe von Medikamenten & Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann!**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Was ist Ihr heutiger Wunsch an uns? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Wunsch langfristig? \_\_\_\_\_

Was lehnen Sie grundsätzlich ab? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

O online gesucht wegen \_\_\_\_\_ O Empfehlung von \_\_\_\_\_

O Überwiesen von \_\_\_\_\_ bzgl. \_\_\_\_\_

Was missfällt Ihnen an Ihren Zähnen? O Stand der Zähne O Form O Größe  
O Es ist gut so.

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? O nein O Knacken O Reiben O Schmerzen

Haben Sie Verspannungen: O im Kieferbereich O Gesicht O Nacken O nein

Leiden / litten Sie an Parodontitis (Zahnfleischerkrankung)? O ja O nein

Wurde schon einmal eine Parodontalbehandlung durchgeführt? O ja O nein  
Wann? \_\_\_\_\_

Lassen Sie Ihre Zähne professionell reinigen? O ja wie oft? \_\_\_\_\_ O nein

Was verwenden Sie zur täglichen Mundpflege?

O Handzahnbürste O weich O mittel O hart  
O elektrische Zahnbürste O runder Kopf O länglicher Kopf  
O Zahnseide O Interdentalraumbürstchen O Zahnstocher  
O Mundspülung O Ölziehen mit \_\_\_\_\_ O Xylitkristalle  
O Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wurden Ihre Zähne kieferorthopädisch reguliert? O ja Wann? \_\_\_\_\_ O nein

Sind Sie Raucher? O ja Seit: \_\_\_\_\_ Wieviel? \_\_\_\_\_ O nein  
O aufgehört (Wann?) \_\_\_\_\_

Was meinen Sie, sollten wir noch Wichtiges wissen?

---

---

