

**Patient Informationen**

Datum \_\_\_\_\_

Nachname (姓) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Zweiter Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Monat/Tag/Jahr) \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns gehört? \_\_\_\_\_

**Kontakt Informationen** (Für Patienten unter 18 Jahren, geben Sie bitte die Informationen der Eltern oder der Erziehungsberechtigten an)

Email \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Festnetztelefon \_\_\_\_\_ Geschäftstelefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Zweiter Ansprechpartner: Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Für Patienten unter 18 Jahren**

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Name des Vaters \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Namen und Alter der Geschwister \_\_\_\_\_

**Gesundheitliche Informationen**

Datum der letzten Zahnreinigung \_\_\_\_\_ Datum der letzten Röntgenaufnahmen \_\_\_\_\_

Was ist Ihr jetziges Zahnmedizinisches/ Kieferorthopädisches Problem oder Interesse?  
\_\_\_\_\_

*Umkreisen Sie die entsprechende Antwort. Falls "Ja", bitte erläutern Sie.*

Haben Sie Allergien? Ja / Nein \_\_\_\_\_

Nehmen die Medikamente (einschliesslich Aspirin) oder Naturheilmittel?  
Ja / Nein \_\_\_\_\_

Für Frauen: Sind Sie oder könnten sie schwanger sein? Oder stillen Sie? Ja/Nein

*BEFUGNIS: Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen auf diesem Formular gelesen, verstanden und alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Meine Unterschrift befugt den Arzt Röntgenaufnahmen, Modelle, Fotografien oder andere diagnostische Hilfen, die der behandelte Arzt für notwendig erachtet um eine umfassende Diagnose zu erstellen, anzuwenden. Ich befuge den Arzt dazu jedliche und alle Formen der Behandlung, Medikation und Therapie zu praktizieren, die mit dem oben genannten Patienten in Verbindung stehen. Zeitgleich ermächtige ich und stimme zu, dass der Arzt entsprechende Hilfen anwendet, wenn er diese als notwendig erachtet. Ich verstehe, dass das Benutzen von Betäubungsmitteln eine Risiko birgt. Ich verstehe auch, dass keine Behandlungen erfolgen, ohne dass finanzielle Vereinbarungen getroffen wurden.*

Unterschrift des Patienten/ der Eltern \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

# Gesundheitsfragebogen

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

ID Nummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## I. Umkreisen Sie die entsprechende Antwort (lassen Sie Fragen, die Sie nicht verstehen aus)

- |    |    |      |   |
|----|----|------|---|
| 1. | Ja | Nein | Sind Sie in guter Gesundheit?   |
| 2. | Ja | Nein | Hat sich Ihr Gesundheitszustand im letzten Jahr verändert?  |
| 3. | Ja | Nein | Wurden Sie in den letzten drei Jahren in ein Krankenhaus eingewiesen oder hatten Sie eine schwere Erkrankung?<br>Falls JA, warum? _____         |
| 4. | Ja | Nein | Sind Sie derzeit in Behandlung? Wofür? _____<br>Datum der letzten Untersuchung _____<br>Datum der letzten Zahnmedizinischen Untersuchung? _____ |
| 5. | Ja | Nein | Hatten Sie Probleme mit vorherigen Zahnmedizinischen Behandlungen?  |
| 6. | Ja | Nein | Haben Sie momentan Schmerzen?   |

## II. Hatten Sie in der Vergangenheit:

- |     |    |      |  |     |    |      |                               |
|-----|----|------|--|-----|----|------|-------------------------------|
| 7.  | Ja | Nein | Schmerzen in der Brust (Angina pectoris)?        | 8.  | Ja | Nein | Schwindel?                    |
| 9.  | Ja | Nein | Geschwollene Knöchel?                            | 10. | Ja | Nein | Klingeln in den Ohren?        |
| 11. | Ja | Nein | Kurzatmigkeit?                                   | 12. | Ja | Nein | Kopfschmerzen?                |
| 13. | Ja | Nein | Gewichtsverlust, Fieber, Nachtschweiß?           | 14. | Ja | Nein | Ohnmachtsanfälle?             |
| 15. | Ja | Nein | Hartnäckiger Husten, Bluthusten?                 | 16. | Ja | Nein | Verschwommene Sicht?          |
| 17. | Ja | Nein | Probleme mit Blutungen, Bultergüsse?             | 18. | Ja | Nein | Epilepsieanfälle?             |
| 19. | Ja | Nein | Sinus Probleme?                                  | 20. | Ja | Nein | Übermäßiger Durst?            |
| 21. | Ja | Nein | Schluckbeschwerden?                              | 22. | Ja | Nein | Häufiges Wasserlassen?        |
| 23. | Ja | Nein | Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhl?           | 24. | Ja | Nein | Mundtrockenheit?              |
| 25. | Ja | Nein | Häufiges Erbrechen, Übelkeit?                    | 26. | Ja | Nein | Gelbsucht?                    |
| 27. | Ja | Nein | Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Blut im Urin? | 28. | Ja | Nein | Gelenkschmerzen, Steifigkeit? |

## III. Haben Sie oder hatten Sie jemals:

- |     |    |      |   |     |    |      |  |
|-----|----|------|---|-----|----|------|--|
| 29. | Ja | Nein | Herzerkrankungen?   | 30. | Ja | Nein | AIDS?                                    |
| 31. | Ja | Nein | Herzinfarkt, Herzfehler?                                  | 32. | Ja | Nein | Tumore, Krebs?                           |
| 33. | Ja | Nein | Herzgeräusche?  | 34. | Ja | Nein | Arthritis, Rheuma?                       |
| 35. | Ja | Nein | Rheumatisches Fieber?                                     | 36. | Ja | Nein | Augenkrankheiten?                        |
| 37. | Ja | Nein | Schlaganfall, Arterienverkalkung?                         | 38. | Ja | Nein | Hauterkrankungen?                        |
| 39. | Ja | Nein | Hoher Blutdruck?  | 40. | Ja | Nein | Anämie?                                  |
| 41. | Ja | Nein | Asthma, Tuberkulose, Emphysem, andere Lungenerkrankungen? | 42. | Ja | Nein | Syphilis? Gonorrhoe?                     |
| 43. | Ja | Nein | Hepatitis, andere Lebererkrankungen?                      | 44. | Ja | Nein | Herpes?                                  |
| 45. | Ja | Nein | Magenprobleme, Geschwüre?                                 | 46. | Ja | Nein | Nieren- oder Blasenkrankungen?           |
| 47. | Ja | Nein | Allergien: Medikamente, Lebensmittel, Latex?              | 48. | Ja | Nein | Schilddrüsen- oder Nebennierenkrankheit? |
| 49. | Ja | Nein | Familiengeschichte an Diabetes, Herzproblemen, Tumoren?   | 50. | Ja | Nein | Diabetes?                                |

## IV. Erhalten Sie oder haben Sie jemals die folgenden erhalten:

- |     |    |      |                            |     |    |      |                        |
|-----|----|------|----------------------------|-----|----|------|------------------------|
| 51. | Ja | Nein | Psychiatrische Versorgung? | 52. | Ja | Nein | Krankenhausaufenthalt? |
| 53. | Ja | Nein | Strahlenbehandlung?        | 54. | Ja | Nein | Bluttransfusionen?     |
| 55. | Ja | Nein | Chemotherapie?             | 56. | Ja | Nein | Operationen?           |
| 57. | Ja | Nein | Herzklappenprothese?       | 58. | Ja | Nein | Herzschrittmachen?     |
| 59. | Ja | Nein | Künstliches Gelenk?        | 60. | Ja | Nein | Kontaktlinsen?         |

## V. Nehmen Sie derzeit:

- |     |    |      |  |     |    |      |                          |
|-----|----|------|--|-----|----|------|--------------------------|
| 61. | Ja | Nein | Drogen?  | 62. | Ja | Nein | Tabak in jeglicher Form? |
| 63. | Ja | Nein | Medikamente (auch Aspirin), natürliche Heilmittel? | 64. | Ja | Nein | Alkohol?                 |

Bitte listen Sie auf: \_\_\_\_\_

## VI. Nur für Frauen

- |     |    |      |   |     |    |      |                       |
|-----|----|------|---|-----|----|------|-----------------------|
| 65. | Ja | Nein | Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein? | 66. | Ja | Nein | Nehmen Sie die Pille? |
|-----|----|------|---|-----|----|------|-----------------------|

## V. Für alle Patienten

- |     |    |      |  |
|-----|----|------|--|
| 67. | Ja | Nein | Haben Sie oder hatten Sie andere Krankheiten oder medizinischen Probleme, die nicht oben aufgeführt wurden?<br>Falls ja, bitte erklären Sie: _____ |
|-----|----|------|--|

*Ich habe jede Frage wahrheitsgemäß und vollständig, zum Besten meines Wissens beantwortet. Ich werde meinen Zahnarzt bzw. Zahnärztin über jegliche Änderungen in meiner Gesundheit und/oder Medikamenten informieren.*

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

# Gesundheitsfragebogen

## Allgemeine Situation

- |   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Herz-, Kreislauf-, Gefässerkrankungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Bluterkrankungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Schilddrüsenerkrankungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Lebererkrankungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Knochen- oder Gelenkerkrankungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Atemnot oder Brustschmerzen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Diabetes mellitus (Zuckererkrankheit)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Grüner Star (Glaukom)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Asthma   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Allergie  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____  |                       |                       |
| 11. Aktuelle Einnahme von Medikamenten  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____  |                       |                       |
| 12. Einnahme von Medikamenten gegen Knochstoffwechselstörungen (Biphosphonate)                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Überempfindlichkeit auf bestimmt Substanzen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____  |                       |                       |
| 14. Lagen bei Ihnen kürzlich gesundheitliche Belastungen vor oder befanden Sie sich in ärztlicher Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Kam es bei ärztlichen Behandlungen jemals zu Komplikationen/Problemen?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Sind Sie vor Zahnarztbesuchen generell nervös?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, hat dies Gründe, über die Sie mit uns sprechen wollen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Patientinnen: Sind Sie schwanger?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Rauchen Sie?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Tuberkolose   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Hepatitis   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. HIV-positiv oder AIDS   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Wichtige Informationen

Lokale Betäubungen, Bruhigungs- und Schmerztabletten können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Wir raten daher, von einer Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden abzusehen.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen auf diesem Formular gelesen, verstanden und alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Ich nehme ebenfalls zustimmend zur Kenntnis, dass meine persönlichen Daten gespeichert werden (Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz).

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Zahn- und Mundsituation

- |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 22. Zahnfleischblutungen oder Zahnfleischrückgang?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Empfindliche Zähne (heiß/kalt/süß/sauer)                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Existieren Zahn-Röntgenbilder?<br>Wenn ja, welches Datum? _____            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Professionelle Zahnreinigung wurde gemacht<br>Wenn ja, wann zuletzt? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Funktionssituation

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 26. Ich knirsche und meine Kiefergelenke knacken  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Ich leide an wiederkehrenden Kopfschmerzen oder Migräne (im Nacken, frontal oder seitlich?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Ich habe häufig Beschwerden beim Kauen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Ich stelle Zahnstellungsveränderungen fest  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Ich habe Zahnersatz (Kronen, Brücken, etc.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Ich habe Kaumuskulaturschmerzen bei Belastung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Ich kaue meist auf der Seite  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Ich habe Schmerzen und Geräusche im Ohrbereich, Tinnitus oder Schwindel                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Ich habe Nacken-, Schulter- oder Rückenbeschwerden  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Ich war wegen dieser Beschwerden beim Arzt  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Ich hatte kieferorthopädische Behandlung (festsitzend/lose)                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Ich trage Schuheinlagen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Meine Weisheitszähne sind entfernt worden   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |