

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

Das
Mundwerk

Praxis für
Zahnheilkunde &
Oralchirurgie



Name _____

Vorname _____

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

Straße / Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Hausarzt _____

Beruf _____ Kieferorthopäde: _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Ich bin damit einverstanden, per SMS an meine Termine erinnert zu werden ja nein

ERKLÄRUNG

Bitte erinnern Sie mich an meine **halb-jährlichen** Kontrolltermine per Post (Recall)

ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (nur von Neupatienten auszufüllen)

Persönliche Empfehlung Internet Überweisender Arzt
 Telefon- / Branchenbuch Anzeige Sonstiges: _____

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 Neuer Zahnersatz Überweisung Zweite Meinung
 Sonstiges: _____

Interessieren Sie sich für eine **professionelle Zahnreinigung (PZR)** zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne?

ja nein

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens **24 Stunden** vorher ab.

Ich erkläre mich hiermit mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

GESUNDHEITSFRAGEN

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grauer Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionserkrankungen
(HIV, Hepatitis o. ä.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben Sie eine **sonstige Erkrankung**?

Wenn ja, welche ?

Haben Sie eine **Allergie**? Wenn ja, welche?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ASS / Aspirin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Marcumar | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Blutverdünner
welche? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Clopidogrel/Plavix/Pradaxa | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Cortison | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bisphosphonate
(bei Tumor / Osteoporose) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Antibabypille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige: | | |
-
-
-

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich? Wenn ja, auf welche?

Sind Sie **Raucher**? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____

Für unsere **weiblichen** Patienten:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen

Eingriffen ja nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Sonstiges _____

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl dies ein sicheres und erprobtes Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen.

Hämatom

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu Einblutungen in das Gewebe kommen. Dies kann zu Schmerzen, Behinderungen der Mundöffnung oder in seltenen Fällen zu einer Infektion kommen.

Nervschädigung

In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie, vor allem im Unterkiefer, zu Irritation der Nervenfasern kommen. Dadurch kann es zu vorübergehenden bzw. bleibenden Gefühlsstörungen kommen.

Selbstverletzung

Durch die Gefühllosigkeit des den Zahn umgebenden Gewebes, kann es bei verfrühter Nahrungsaufnahme zu Verletzungen der Zunge, Wange oder Lippe kommen.

Verkehrstauglichkeit

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Reaktion- und Konzentrationsfähigkeit aufgrund der Stresssituation einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt ist. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.