

# gesundheitsfragebogen



Für die Kurzfassung bitte nur die blau umrandeten Fragen beantworten.

Wir helfen Ihnen gerne dabei.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name: ..... Geb.: .....

zähne und mundhöhle

allgemein

1. Was führt Sie zu uns? .....

2. Bemerken Sie eine Erkrankung Ihrer Zähne oder Ihres gesamten Kausystems?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Schmerzen oder Missempfindungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Beobachten Sie Veränderungen, merkwürdige Stellen an Ihrer Mundschleimhaut, der Zunge, im Rachen oder an Ihren Lippen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels. Hatten Sie einen Unfall (Schlag, Sturz ...) im Bereich der Zähne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Beobachten Sie kariöse Stellen („Löcher“), undichte Füllungsrän­der oder undichte Kronen­rän­der?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Haben Sie häufiger Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Geht Ihr Zahnfleisch zurück?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Werden Ihre Zähne locker?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Haben Sie empfindliche Zähne oder Zahnhälse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Wurden Sie im Bereich der Mundhöhle operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Haben Sie einen komischen Geschmack, wenn Sie an den Zähnen saugen oder wenn Sie Zahnseide verwenden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Hatten Sie bisher eine Parodontosebehandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. Hatten Sie schon einmal eine Wurzelkanalbehandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16. Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

ästhetik

1. Sind Sie mit der Stellung, der Form und der Größe Ihrer Zähne zufrieden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Finden Sie Ihr Lächeln und Lachen attraktiv?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Hätten Sie gerne hellere Zähne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Stört Sie das Aussehen ihrer eigenen Füllungen, Kronen, Brücken ...?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Angst vor Mundgeruch oder leiden Sie unter Mundgeruch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

funktion

1. Knirschen Sie mit den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Beschwerden in der Kaumus­kulatur, an Kopf, Ohr, Schulter, Kiefergelenk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

3.	Können Sie gut abbeißen oder kauen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Pressen Sie sich häufiger Nahrungsreste ins Zahnfleisch ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Leiden Sie unter einem starken Würgereiz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie Schwierigkeiten mit der Mundöffnung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7.	Spüren Sie ein Knacken oder Reiben im Kiefergelenk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.	Sind Sie Mundatmer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

vorbeugung

1.	Putzen Sie Ihre Zähne von allen Seiten mit der Zahnbürste mindestens zweimal täglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.	Verwenden Sie täglich Zahnseide oder Ähnliches zur Reinigung <u>aller</u> Zahnzwischenräume?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3.	Verwenden Sie eine fluoridhaltige Zahnpasta?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Verwenden Sie regelmäßig zusätzliche Fluoride (Gele, Spülungen, ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Nehmen sie häufig zuckerhaltige Speisen oder Getränke zu sich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

allgemeiner gesundheitszustand

1.	Ansteckende Krankheiten? Infektionskrankheiten? Welche: .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2.	Herzerkrankung? Hatten Sie Operationen am Herz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3.	Allergien? Welche? ..... .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Blutungsneigung (z. B. Marcumar, ASS, Bluterkrankheit ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5.	Zuckerkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6.	Herz-, Kreislaufbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7.	Alkoholkrankheit oder andere Suchtkrankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie Schwierigkeiten mit den Nasennebenhöhlen, besonders mit der Kieferhöhle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9.	Hatten Sie schon einmal einen epileptischen Anfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.	Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Arzt: ..... Tel: .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.	Nehmen Sie Medikamente? Welche: ..... .....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.	Besteht eine Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13.	Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate am Kopf geröntgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch in Zukunft über eine wesentliche Änderung in Ihrem Gesundheitszustand.

Bitte teilen Sie uns auch andere Dinge mit, die Sie für wichtig halten:

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (für Aktualisierung nach spätestens 2 Jahren)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (für Aktualisierung nach spätestens 2 Jahren)