

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Glaukom (grüner Star)	ja []	nein []
Künstliche Gelenke (Endoprothesen)	ja []	nein []
Epilepsie (Krampfleiden)	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes (Zucker)	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Osteoporose (wenn ja, welche Medikamente nehmen/nahmen Sie?)	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Sind Sie pflegebedürftig?	ja []	nein []
Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, etc.)?	ja []	nein []
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung (z.B. Krebs)?	ja []	nein []
Haben / hatten Sie eine sonst. schwere Erkrankung? Welche?		

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? (Allergiepass)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie auf best. Medikamente überempfindlich? Welche?

Sind Sie Raucher? (wenn ja, wieviele täglich?)	ja []	nein []
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
Wie schwer sind Sie?		

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []

Patient: _____

Seite 2

Grund Ihres Besuchs

Knirschen / Pressen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []
Sonstiges		

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 []

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

hochwertige Endodontie (Wurzelkanalbehandlung)	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
hochwertige Kunststofffüllungen	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikrestaurationen	ja []	nein []
Kieferorthopädische Behandlung	ja []	nein []
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Sonstiges		

Datum _____

Unterschrift _____