

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Bedürfnisse und Wünsche sind uns wichtig. Deshalb bitten wir Sie vorab, uns entsprechende Auskünfte zu erteilen. Diese behandeln wir selbstverständlich absolut vertraulich. Ihre Angaben unterliegen desweiteren der ärztlichen Schweigepflicht.

A. Allgemeine Gesundheit

ja nein

Hat sich Ihr Gesundheitszustand in letzter Zeit gravierend verschlechtert ? ja nein

Für Frauen:

Besteht eine **Schwangerschaft ?**..... ja nein

Besteht eine Herz-Kreislauf-Erkrankung ?

- a) hoher Blutdruck ?..... ja nein
- b) niedriger Blutdruck ?..... ja nein
- c) Herzklappendefekt ?..... ja nein
- d) Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? ja nein
- e) Nehmen Sie ein Medikament zur Blutverdünnung ein ? ja nein
Welches ?
- f) Betreiben Sie Endokarditis-Prophylaxe ? ja nein
Womit?
- g) Sind Sie Bluter ? ja nein
- h) Neigen Sie zur Ohnmacht ? ja nein

Besteht oder bestand eine der nachstehenden **Infektionen ?**

- a) Hepatitis A ? ja nein
- b) Hepatitis B ? ja nein
- c) Hepatitis C ? ja nein
- d) Tuberkulose ? ja nein
- e) HIV ? ja nein

Reagieren Sie **allergisch ?**

- a) auf welche Metalle ?
- b) auf welche Medikamente ?
- c) auf andere Stoffe ?

Besteht ein **diabetes mellitus ?** ja nein

Haben Sie **Asthma?** ja nein

Besteht eine Erkrankung aus dem **rheumatischen Formenkreis ?** ja nein

Ist Ihre **Wirbelsäule** intakt ? ja nein

Besteht ein **neuronales Leiden ?** ja nein
welches ?

Tragen Sie ein **Organtransplantat ?** ja nein

Wann waren Sie zuletzt im Krankenhaus ?

Wegen ?

B. Zahnmedizinische Themen

Haben Sie allgemein Angst/Furcht vor zahnärztlicher Behandlung ? ja nein

Haben Sie spezielle Ängste in Verbindung mit zahnärztlicher Behandlung ? ja nein

Welche ?

- Können Sie gut kauen bzw. schlucken ? ja nein
- Haben Sie (manchmal) Zahnfleischbluten ? ja nein
- Sind Zähne gelockert ? ja nein
- Beobachten Sie Zahnwanderungen ?..... ja nein

- Knirschen Sie mit den Zähnen ? ja nein
- Sind manche Zähne besonders empfindlich ? ja nein
- Ist das Zahnfleisch zurückgegangen ? ja nein

- Haben Sie wurzeltote Zähne ? ja nein
- Wieviele bleibende Zähne haben Sie schon verloren ?

- Haben Sie Schmerzen beim Kauen ? ja nein
- Haben Sie Schmerzen beim Sprechen ? ja nein

- Gibt es Knackgeräusche in den Kiefergelenken? ... ja nein
- Gab es Knackgeräusche in den Kiefergelenken? ... ja nein
- Können Sie den Mund weit genug öffnen ? ja nein

Besitzen Sie bereits Implantate ? ja nein

C. Aktuelle Versorgung

- Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung ? ... ja nein
- Sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden ? ... ja nein

- Waren Sie in kieferchirurgischer Behandlung ? ja nein
- Haben Sie Amalgamfüllungen, mit denen Sie unzufrieden sind ? ja nein

- Haben Sie andere Füllungen, mit denen Sie unzufrieden sind ? ja nein

- Haben Sie Kronen oder Brücken, mit denen Sie unzufrieden sind ? ja nein

- Haben Sie Implantate, mit denen Sie unzufrieden sind ? ja nein

- Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz, mit dem Sie unzufrieden sind ? ja nein

D. Röntgen

Wann sind Sie zuletzt an Zähnen oder Kiefer bzw. am Kopf geröntgt worden ?

Sollen wir diese Röntgenbilder anfordern ? ja nein

E. Beratung

Worüber möchten sie informiert werden?

- Materialien in der Zahnheilkunde.....
- Mundhygiene
- „Parodontose“
- Kaufunktion
- Ästhetik
- Kronen & Brücken
- Zahnersatz
- Implantate

Ihr Thema

Braunschweig, den

(Unterschrift)