

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Titel/Nachname:..... Vorname:..... Geb.Dat:.....  
PLZ/Ort:..... Straße:..... Tel:.....  
Arbeitgeber:..... Beruf:..... Sozialvers.Nr:.....  
Krankenkassa:..... Selbstversichert oder mitversichert?

Falls der Patient mitversichert ist, bitte das Blatt wenden. E-mail: .....

## 1.) Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren ?

Internet, Homepage  Empfehlung eines Bekannten  Sonstiges: .....

## 2.) Welches Anliegen führt Sie heute zum Zahnarzt ?

Schmerzen, Schwellung  Zahnfleischprobleme  Ästhetische Probleme  gestörte Funktion  
Sonstiges:.....

3.) Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung ?  JA  NEIN Wenn JA, weshalb ?.....

## 4.) Hatten Sie oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten ?

Herzerkrankungen, /Herzinfarkt  Herzschrittmacher  Bluthochdruck  Tumorerkrankung  
 Zuckerkrankheit (Diabetes)  Gicht  grüner Star (Glaukom)  Schilddrüse  
 Atemwege/Lunge  Asthma  Magen/Darmtrakt  Niere, Blase  
 Hämophilie (Bluterkrankheit)  Blutarmut (Anämie)  Epilepsie  Arthrose  
 Osteoporose  Sonstige.....  
Infektionskrankheiten:  Hepatitis (A,B,C)  HIV  Tuberkulose

5.) Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt ?  JA  NEIN

Wenn JA, welche ?.....

6.) Nehmen Sie derzeit Medikamente (zB Aspirin, Thrombo Ass, Marcoumar, Plavix)?  JA  NEIN

Wenn JA, welche ?.....

7.) Sind Sie derzeit schwanger ?  JA  NEIN 8.) Zigarettenkonsum ?  JA  NEIN

9.) Waren Sie jemals in kieferorthopädischer Behandlung (Zahnspange) ?  JA  NEIN

10.) Hatten Sie im Bereich von Mund, Gesicht oder Lippen Verletzungen bzw. Operationen ?  JA  NEIN

Wenn JA, welche ? .....

## 11.) Bemerken Sie bei Ihren Zähnen folgende Symptome ?

Zahnfleischbluten  Schmerzen  Zahnwanderung  erhöhte Zahnbeweglichkeit  
 Knirschen  Zahnverlust durch Lockerung  Schlechter Geschmack

12.) Sind Ihre Zähne temperaturempfindlich ?  JA  NEIN

13.) Wann fand Ihre letzte Zahnbehandlung statt ? .....

Wien, am.....

Unterschrift.....

Patient ist mitversichert bei:

Vater/Mutter:.....

Titel/Nachname:.....

PLZ/Ort:.....

Arbeitgeber:.....

Krankenkassa:.....

Vorname:.....

Straße:.....

Beruf:.....

Geb.Dat:.....

Tel:.....

Sozialvers.Nr:.....