

# GESUNDHEITSFRAGEN AN UNSERE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

**Sehr geehrte Patientin / Sehr geehrter Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis.**

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht sowie der DSGVO und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

## PATIENT/IN

<i>Nachname</i>		<i>Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Versicherungsnummer</i>	<i>Telefonnummer</i>	
<i>Straße / Hausnummer</i>		<i>PLZ / Ort</i>	
<i>Ich wurde überwiesen von</i>		<i>Zahnärztin / Zahnarzt</i>	

## ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSTATUS

<i>Gesetzlich versichert bei (Name der Krankenkasse):</i>
<i>Privat versichert bei (Name der Krankenkasse):</i>

## ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN (falls der Patient selbst nicht versichert ist)

<i>Nachname</i>		<i>Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Versicherungsnummer</i>	<i>Telefonnummer</i>	
<i>Straße / Hausnummer</i>		<i>PLZ / Ort</i>	
<i>Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten</i>			

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt?	Ja	Nein
Haben Sie bereits eine aktive kieferorthopädische Behandlung erhalten?	Ja	Nein
Ist diese Behandlung bereits abgeschlossen?	Ja	Nein
Eine kieferorthopädische Behandlung erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre.		
Ist es Ihnen in dieser Zeit möglich, regelmäßig (alle 4 – 8 Wochen) zu Kontrollterminen zu kommen?	Ja	Nein

**SIND SIE DAMIT EINVERSTANDEN, DASS WIR IHREM ZAHNARZT  
EINEN KURZBEFUND ÜBER DIE HEUTIGE UNTERSUCHUNG ZUKOMMEN LASSEN?** **Ja** **Nein**

## ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

### BESTEHEN ALLERGIEN?

Medikamente    Gummi    Latex    Nickel    Chrom    Pollen    Hausstaub    Zahnarztspritze    **Ja**    **Nein**

Falls eine Allergie nicht erwähnt wurde, bitte angeben:

### NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

**Ja**    **Nein**

Falls ja, welche?

### WELCHE KRANKHEITEN HABEN/HATTEN SIE?

Diabetes    Epilepsie (Anfälle)    Herzkrankheiten    Arthritis (Gelenkentzündung)  
Essstörung    Krebs/Strahlentherapie    Reflux (Sodbrennen)  
Hämophilie (Bluter)    Infektionskrankheiten    Hepatitis (Leberentzündung)

**RAUCHEN SIE?**    **Ja**    **Nein**    Falls ja, wieviel?

### BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?

**Ja**    **Nein**

## MUSKELN, ZÄHNE & KIEFERGELENK

### WURDE BEI IHNEN SCHON EINMAL EIN ZAHNRÖNTGEN GEMACHT?

**Ja**    **Nein**

Falls ja, wann und welches?

### BESTANDEN ODER BESTEHEN ERKRANKUNGEN DER KIEFERGELENKE?

**Ja**    **Nein**

Probleme oder Schmerzen beim Kauen    Knirschen Sie mit den Zähnen nachts oder tagsüber  
Muskelverspannungen im Kieferbereich    Gelenkgeräusche (z.B. Knacken oder Reiben)  
Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen    Pressen sie tagsüber Ihre Zähne zusammen?

### SCHNARCHEN SIE?

**Ja**    **Nein**

### HATTEN SIE JEMALS EINE VERLETZUNG IM GESICHTS-, ZAHN-, KOPFBEREICH?

**Ja**    **Nein**

## VORBEHANDLUNGEN (bei Kopf-, Nacken- oder Kieferschmerzen)

### HABEN SIE SCHON FOLGENDE BEHANDLUNGEN IN ANSPRUCH GENOMMEN?

**Ja**    **Nein**

Aufbiss-Schiene (Zahnarzt)    Schmerztherapie    Physiotherapie  
Kieferorthopädie    Stressmanagement    Osteopathie

## WAS STÖRT SIE AN IHRER ZAHN- / KIEFERFEHLSTELLUNG AM MEISTEN?

### HABEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER?

**Ja**    **Nein**

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_