



## Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten sie alle Fragen auf Vor- und Rückseite. Wir helfen Ihnen gerne dabei.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

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

### 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 Füllungsrän der oder undichte Kronenrän der?	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"/> |
| 6. Nehmen sie häufig saure Speisen oder Getränke zu sich?                                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden Sie unter Reflux oder Bulimie?  | 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?<br>Arzt: ..... Tel: .....              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Nehmen Sie Medikamente?<br>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)