

Allgemeinerkrankungen haben Auswirkungen auf Ihre Zahngesundheit und Ihre Zahnbehandlung. Wir bitten Sie daher, uns auch die nächsten Fragen zu beantworten. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe ?

Zustand nach Infarkt	ja/nein
Herzinsuffizienz	ja/nein
Herzmuskelentzündung	ja/nein
Verengung der Herzkranzgefäße	ja/nein
Rhythmusstörungen	ja/nein
Bypassoperation	ja/nein
Herzklappenersatz	ja/nein
Schrittmacher	ja/nein

Niedriger Blutdruck	ja/nein
Hoher Blutdruck	ja/nein
Angina Pectoris	ja/nein
Durchblutungsstörungen	ja/nein
Schlaganfall	ja/nein
Blutarmut	ja/nein
Bluter	ja/nein
Grauer Star	ja/nein
Grüner Star	ja/nein
Asthma	ja/nein
Bronchitis	ja/nein
Magenerkrankung	ja/nein
Darmerkrankung	ja/nein
Blasenerkrankung	ja/nein
Nierenerkrankung	ja/nein
Dialyse	ja/nein
Hepatitis	ja/nein
Rheuma	ja/nein
Gicht	ja/nein
Epilepsi/ Epileptische Anfälle	ja/nein
Rheumatoide Arthritis	ja/nein
Kopfschmerzen	ja/nein
Migräne	ja/nein
Diabetes/Zucker	ja/nein
Schilddrüsenunterfunktion	ja/nein
Schilddrüsenüberfunktion	ja/nein

Zeitpunkt_____

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten

Haut/Geschlechtskrankheiten	ja/nein
HIV, Aids	ja/nein
Tuberkulose	ja/nein
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	ja/nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach	ja/nein

Sonstiges _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Bluten Sie lange nach oder bekommen leicht blaue Flecken	ja/nein
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich	ja/nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ja/nein wenn ja, welche:

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe ja/nein wenn ja, welche

Haben Sie einen Allergiepass ja/nein

Treten oder traten bei Ihnen Nebenwirkungen nach
zahnärztlichen Spritzen auf ja/nein

Tragen Sie Zahnersatz?

- festsitzend (Kronen, Brücken, Implantate) ja/nein
- herausnehmbar, kombiniert ja/nein

Wenn ja, in welchem Jahr haben sie Ihren Zahnersatz erhalten? _____

Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung (Jahr) durchgeführt?
Zahnärztlich _____

Ärztlich _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____
Name, Adresse, Telefonnummer

Wichtiger Hinweis!

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Trotz sorgfältiger Anwendung von Lokalanästhetika besteht immer das Risiko einer Blutung, lokalen Entzündung, Gewebeschädigung durch Verletzung oder Nervenschädigung.

Ich versichere, dass ich diesen Gesundheitsbogen sorgfältig gelesen und ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

**Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
MARKUS TISCHLER & KERSTIN TISCHLER**

_____ in _____
Name des Patienten Vorname Geb.datum

Sehr geehrter Patient,
nachfolgend würden wir gerne Ihre persönlichen **Qualitätserwartungen an uns** und Ihre zahnmedizinische Behandlung erfahren.

Durch Ihre Antworten sind wir in der Lage, die für Sie optimale Behandlung zu planen.

Wie wichtig ist Ihnen ein natürliches
und schönes Lächeln?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wie wichtig ist es Ihnen, gut und
beschwerdefrei kauen zu können

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre eigenen
Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wie ängstlich sind Sie beim Zahnarzt?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wie stark achten Sie auf das Gefühl
im Mund?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Sollten Sie Zahnersatz benötigen:
Wie wichtig ist es Ihnen, das die
Kronen/Brücken natürlich aussehen?

wenig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr

Wir danken Ihnen für Ihre Offenheit und freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken!

Ihr Team der familienfreundlichen Zahnarztpraxis Markus und Kerstin Tischler