

# Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit

PP01 – FF01 Version 2.4 vom 02.03.2023

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten und vielfältige Vorgeschichte können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Patient:

Name:	Vorname:	geb.:	Tel. (privat):
Straße:	PLZ, Ort:	Geburtsort:	Tel. (tagsüber):
E-Mail:	Arbeitgeber/Beruf:		Handy:

familienversichert über:

Name:	Vorname:	geb.:
Straße:	PLZ, Ort:	

## Was der Arzt wissen sollte...

1. Wurden Sie jemals operiert?  nein  ja  
Wenn ja, wann und aus welchem Grund? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Gab es dabei Probleme? \_\_\_\_\_
2. Besteht eine **Blutkrankheit**, haben Sie eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. bei Verletzung oder bei Zahnbehandlung, häufiges Nasenbluten) oder entstehen leicht blaue Flecken (Hämatome) ohne besonderen Anlass?  nein  ja
3. Besteht eine **Herz- oder Lungenkrankheit** (z.B. Herz(klappen)fehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma, Emphysem) oder tragen Sie einen **Herzschrittmacher**?  nein  ja
4. Wie ist Ihr **Blutdruck**?  
 normal  erhöht  erniedrigt
5. Besteht oder bestand eine der folgenden **Erkrankungen**?
- Schilddrüsenstörung** (Kropf u.ä.)?  nein  ja
- Zuckerkrankheit** (Diabetes)?  nein  ja
- Chronische Erkrankungen** (z.B. Krampfanfälle (Epilepsie), Grüner Star, Rheuma)?  nein  ja
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis/Gelbsucht, Tbc, HIV/AIDS)?  nein  ja
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Psychische Probleme** wie z.B. Depressionen?  nein  ja
- Schwere Nierenfunktionsstörung**?  nein  ja
6. Befanden Sie sich in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**?  nein  ja
- Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_
7. Besteht eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder eine **Überempfindlichkeit** (z.B. gegen Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, Jod, Penicillin) oder haben Sie einmal eine **zahnärztliche Betäubung** nicht vertragen?  nein  ja
8. Nehmen Sie **Medikamente** (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS, Antibiotika, Kortison, Insulin) oder **Ergänzungspräparate** (z.B. Vitamine) ein?  nein  ja
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
9. **Frauen im gebärfähigen Alter:**  
Könnten Sie schwanger sein?  
 nein  ja  ungewiss
10. **Rauchen** Sie?  nein  ja  
Wenn ja, tägliche Menge: \_\_\_\_\_
11. Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**?  nein  ja  
Menge: \_\_\_\_\_
12. Erkennen Sie an sich **nervliche Störungen** (z.B. Gedächtnisstörungen, Schwindel, Nervosität, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Zittern)?  nein  ja
13. **Zahnmedizinische Vorgeschichte:**
- Haben Sie Angst vor Besuchen einer Zahnarztpraxis?  nein  ja
- Haben Sie einmal Zahnfleischbluten oder Zahnsteinbildung bemerkt?  nein  ja
- Benutzen Sie regelmäßig Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürstchen?  nein  ja
- Schmerzt es bei weiter Mundöffnung oder machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?  nein  ja
- Haben Sie öfter Verkrampfungen oder Schmerzen im Nacken oder Schulter/Rücken-Bereich?  nein  ja
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?  nein  ja
- Sind Sie über Fremdmaterialien (z.B. Füllungen, Kronen) in Ihrem Mund besorgt?  nein  ja
- Letzte Röntgenuntersuchung: \_\_\_\_\_

## Zuletzt interessiert uns noch...

Der aktuelle Grund ihres Zahnarztbesuchs lautet:

\_\_\_\_\_

Nennen Sie uns Ihre besonderen Wünsche:

\_\_\_\_\_

Sie wurden empfohlen / überwiesen durch:

\_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an Musikzuspielung während Ihrer Behandlung?  nein  ja

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  nein  ja

## Ein dringender Hinweis...

**Reservierte Behandlungstermine sollten unbedingt eingehalten oder mind. 24 Stunden zuvor abgesagt werden, da entstehende Ausfallzeiten üblicherweise in Rechnung gestellt werden müssen.**

Datum

Unterschrift