



Sehr geehrter Patient,

füllen Sie bitte diesen Fragebogen in Ruhe, wahrheitsgetreu und ohne Hilfe Zweiter aus, es sei denn, es gibt Verständigungsprobleme. Die Beantwortung der Fragen dient Ihnen und uns, Ihre Behandlung sicherer zu machen und Ihren Wünschen und Vorstellungen noch mehr entgegenzukommen. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ihr Dr. Schulz

**Personalien Patient:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Tel.(gesch/privat): \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Personalien Versicherter:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Tel.(gesch/privat): \_\_\_\_\_

**Bei Privatpatienten:**

Versicherung (Bitte angeben!): \_\_\_\_\_  
Beihilfe? Ja  Nein

**Bei Kassenpatienten:**

Krankenkasse? \_\_\_\_\_  
Freiwilligversicherten-Status? ja  nein

**X** Als freiwillig Versicherter genießen Sie gesetzliche Sonderrechte. Verlangen Sie in der Anmeldung unser Merkblatt für freiwillig Versicherte!

**Medizinische Anamnese:**

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie in ärztlicher Behandlung?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Marcumar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht eine Kreislauferkrankung?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Besteht eine Schwangerschaft?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nehmen Sie Medikamente ein?<br>Welche?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. Besteht eine Allergie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Besteht eine Hepatitis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Leiden Sie an AIDS?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Mund-Kieferbereich geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zahnmedizinische Anamnese:**

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis? \_\_\_\_\_  
 Wer ist Ihr überweisender Arzt/Zahnarzt? \_\_\_\_\_  
 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_  
 Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_  
 Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal professionell gereinigt? \_\_\_\_\_  
 Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?  2xtgl.  1xtägl.  2-3 Mal/Woche  selten  
 Wie oft benutzen Sie Zahnseide zum Reinigen der Zähne?  2xtgl.  1xtägl.  2-3 Mal/Woche  selten

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wünschen Sie ohne Anästhesie (Betäubung) behandelt zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurden Sie schon einmal kieferchirurgisch behandelt?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Hatten Sie schon einmal eine Parodontose (Zahnfleischbehandlung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie schon einmal mit einer Bißschiene behandelt worden?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fangen sich leicht Speisereste zwischen Ihren Zähnen?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie Zahnfleischbluten bemerkt?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Ja	Nein		Ja	Nein
9. Haben Sie Zahnlockerung bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Haben Sie Beschwerden, wenn Sie den Unterkiefer bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie eine schmerzhafte Schwellung in der Mundhöhle entdeckt/erfühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Haben Sie Beschwerden im Bereich des seitlichen Gesichts (Wangen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Haben Sie im Kiefergelenk Knack- oder Reibegeräusche bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sind Sie unzufrieden mit der Funktionstüchtigkeit/Kaufähigkeit Ihrer Zähne oder Ihres Zahnersatzes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Kaumuskeln leicht ermüden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Meinen Sie, die Funktionstüchtigkeit/Kaufähigkeit Ihrer Zähne könnte noch verbessert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Fühlt sich Ihr Unterkiefer morgens steif und verspannt an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gibt es etwas, was Sie bei einer zahnärztlichen Behandlung stört? Wenn ja was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Fühlt sich Ihr Unterkiefer steif und verspannt an, wenn Sie ihn bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke oder der Kaumuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Hat sich Ihr Biß verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Hatten Sie einen Unfall im Kiefer- Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falls einer der letzten zwei Punkte zutrifft, beantworten Sie bitte auch die nachfolgenden Fragen!</b>			27. Haben Sie eine bevorzugte Kauseite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie Beschwerden, wenn Sie den Mund weit öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Knirschen oder pressen Sie auf Ihren Zähnen herum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben oder hatten Sie eine Kieferklemme oder Kiefersperre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Kauen Sie Kaugummi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			30. Trinken Sie koffeinhaltige Getränke wie Cola, Kaffee, Tee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Bemerkungen:

**Wir danken Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit!**