



# Zahngesundheitszentrum Landshut MVZ Altstadt

## Gesundheitsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Tel. Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Sind Ihre Zähne empfindlich?

Wärme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kälte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Süßem	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beim Kauen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Blutet Ihr Zahnfleisch  
beim Zähne putzen? Ja  Nein

Beißen Sie sich etwas in die  
Zwischenräume ein? Ja  Nein

Haben Sie Allergien?  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie momentan  
Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente vertragen Sie nicht?  
\_\_\_\_\_

*Für unsere Patientinnen:*

Sind Sie schwanger? Ja  Nein   
Wenn ja, in der wievielten Woche?  
\_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

Gehen Sie zur  
Professionellen Zahnreinigung? Ja  Nein

Befinden Sie sich in  
medizinischer Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, warum?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Angst  
vor der Behandlung? Ja  Nein

# Zahngesundheitszentrum

## Landshut MVZ Altstadt

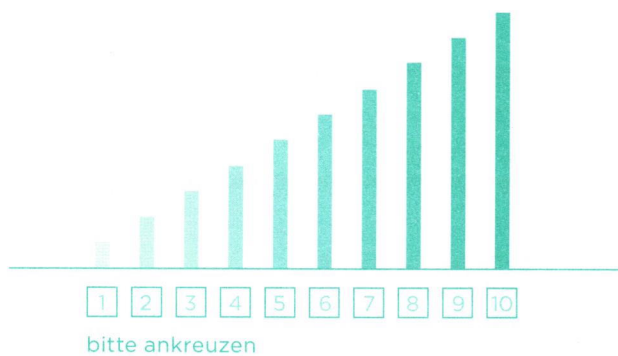
### Medizinische Befunderhebung?

Ich habe/hatte folgende Erkrankungen:

Herzprobleme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
AIDS/HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma/Lunge	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma/rheumatisches Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nieren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden sind Sie mit ihrem Lächeln?



Wen dürfen wir im Falle eines unvorhergesehenen Zwischenfalls benachrichtigen?

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Für mein Wohlbefinden brauche ich

- Ruhe
- Musik
- genaue Erklärungen
- Betäubung

Ich wünsche folgende Informationen über

Implantate	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Behandlung unter Vollnarkose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bleichen/Bleaching	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnregulierung (die unsichtbare Zahnspange)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Prophylaxe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Veneers	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Amalgamalternativen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich wurde auf Sie aufmerksam

- Internet
- Empfehlung
- Telefon-/Branchenbuch

Ort, Datum

Unterschrift