



<u>Ärztliche Vorgeschichte</u> (zutreffendes bitte unterstreichen)	Ja	Nein	
1. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Arzneimittel, bestimmte Materialien...)	()	()	
<u>Inbesondere:</u> Penicillin, Jod, Latex	()	()	
Besitzen sie einen Allergiepass?	()	()	
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche:			
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen:			
- Hoher/ niedriger Blutdruck	()	()	
- Herz- /Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Endokarditis, angeborene oder erworbene Herzfehler)	()	()	
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	()	()	
- Hatten Sie einen Schlaganfall?	()	()	
- Blutkrankheiten/ Blutgerinnungsstörungen	()	()	
- Infektionserkrankung (z.B. Tuberkulose, Hepatitis A,B,C, HIV (Aids))	()	()	
- Stoffwechselstörungen	()	()	
- Diabetes (Zuckerkrankheit) Typ1 oder 2	()	()	
- Schilddrüsenerkrankungen	()	()	
- Andere Hormonerkrankungen (Nebenniere, Ovarien, Prostata)	()	()	
- Nervenerkrankungen Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	()	()	
- Lungenerkrankung/Asthma	()	()	
- Schlafapnoe, Tagesmüdigkeit	()	()	
- Hauterkrankungen	()	()	
- Augenerkrankungen	()	()	
- Nieren- /Blasenerkrankungen	()	()	
- Verdauungserkrankungen	()	()	
- Lebererkrankung	()	()	
- Sonstige Erkrankungen (Rheuma, Arthrose, Osteoporose, Tumore, Erbkrankheiten, MS...)	()	()	
- Sind Sie operiert worden oder hatten Sie einen Unfall?	()	()	
.....			
3. Nehmen Sie Medikamente?	()	()	
• Inbesondere:			
▪ Blutdruckmedikamente	()	()	
▪ Blutverdünner	()	()	
▪ Antidiabetika/ Insulin (Gegen Zuckerkrankheit)	()	()	
▪ Bisphosphonate (evtl. als Spritze alle 3 Monate)	()	()	
- Andere:			
4. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	()	()	
5. Name und Anschrift des Hausarztes			
.....			
6. Ihr letzter Besuch beim Hausarzt: Besteht ein <u>Pflegegrad</u> ? wenn ja welcher:			
Ihr letzter Besuch beim Facharzt: wann? bei wem?			
7. Wie ist Ihr allgemeines Befinden?	gut ()	mäßig ()	schlecht ()
8. Wie ist Ihre derzeitige Stressbelastung?	niedrig ()	mäßig ()	hoch ()
9. Wie ist Ihre derzeitige psychische Belastung?	niedrig ()	mäßig ()	hoch ()
10. <u>Für Frauen:</u>			
11. Besteht eine Schwangerschaft?	()	()	
a. Wenn ja: in der wievielten Woche?			



Zahnärztliche Vorgeschichte (Zutreffendes bitte unterstreichen)

ja

nein

1. Was ist Ihr Hauptwunsch/ Warum suchen Sie uns auf?
2. Bestehen Beschwerden im Mund- /Zahnbereich? () ()
 - Wo?
 - Seit wann?
 - Wie häufig?
 - Haben Sie schon Schmerzmittel genommen? () ()
 - Welche? Wie viele? die letzte:
3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten, Mundtrockenheit oder Mundgeruch? () ()
4. Haben Sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz? () ()
 - Wenn ja, wie alt ist dieser?
5. Können Sie gut kauen? () ()
6. Haben Sie eine bevorzugte Kauseite? () ()
 - Wenn ja, welche?
7. Leiden Sie unter Schmerzen im Kopf-/ Nacken- oder Gesichtsbereich? () ()
 - Wenn ja, haben Sie deswegen schon Schmerzmittel genommen? () ()
8. Bemerkten Sie im Bereich des Kiefergelenks Auffälligkeiten? () ()
 - Wenn ja, welche: Geräusche () Knacken () Schmerz ()
9. Leiden Sie an Ohrgeräuschen / Tinnitus? () ()
10. Schnarchen Sie? () ()
11. Hatten oder haben Sie eine Zahnspange? () ()
12. Haben Sie Spritzen / Betäubungen beim Zahnarzt immer gut vertragen? () ()
13. Traten nach einer Zahnentfernung Nachblutungen oder Besonderheiten auf? () ()
14. Sind Sie mit Farbe, Form und Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? () ()
15. Welche Zahnhygienemittel benutzen Sie? Handzahnbürste () Elektrische Zahnbürste ()
Zahnseide () Zwischenraumbürstchen () Mundspülung () Anderes:
16. Wurde schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? () ()
17. Möchten Sie an unserem Prophylaxeprogramm teilnehmen? () ()
18. Legen Sie Wert auf die Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans? () ()
19. Wollen Sie qualitativ hochwertig versorgt werden und sind bereit dafür einen Eigenanteil zu tragen? () ()
20. Haben Sie Angst vorm Zahnarzt? () ()
21. Wann war ihr letzter Zahnarztbesuch?
Bei welchem Kollegen waren Sie?
Wann wurden Sie zuletzt im Kopf- /Zahnbereich geröntgt?

Datum

Unterschrift