

**Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in meiner Praxis!**

Bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötige ich neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in:

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift:

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert (Basistarif  ja  nein)

Versicherte/r:

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Ärztliche Behandlung:	Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Kieferorthopädische Behandlung:	Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Ihr überweisender Arzt//Zahnarzt:	_____	
Grund des Besuches:	_____	
Ist eine Zahnfleischbehandlung geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist eine Versorgung mit Zahnersatz geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist eine Wurzelbehandlung geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist die Entfernung eines Zahnes geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Röntgen:	Wurden Röntgenbilder im Kopf-/Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem?	_____
Medikamente:	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie regelmäßig Drogen/Alkohol zu sich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen/Beschwerden?**

Herzerkrankungen:	z.B. Herzmuskelentzündung, angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen:	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel- erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Atemwege:	Asthma, Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates:	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionen:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	HIV oder AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	momentan: Röteln, Scharlach, Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen:	Leiden Sie unter Haut- oder Geschlechtskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen im Kopfbereich:	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Unverträglichkeit gegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten oder haben Sie Beschwerden	Häufigkeit/Dauer	Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)
im Kopf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
an den Schläfen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
im Kiefergelenk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
im Nacken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
an der Schulter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
andere:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ist Ihr Wohlbefinden eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ist Ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sind Sie beruflich stark belastet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sind Sie familiär stark belastet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Sind oder waren folgende Unterkieferbewegungen behindert oder schmerzhaft?**

Kauen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundöffnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten oder haben Sie bei Unterkieferbewegungen Kiefergelenkgeräusche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Zähne verletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Fluoridierungsmaßnahmen werden durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Zahnpasta	<input type="checkbox"/> Mundspülung
<input type="checkbox"/> Touchierung	<input type="checkbox"/> Speisesalz

**Weitere Angaben:**

---



---



---

**Bitte teilen Sie mir Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in