

Personalien:

(Vor- und Nachname)

(Krankenkasse)

(Geburtsdatum)

(Basistarif versichert?)

(Versicherungsnehmer)

(Hausarzt) *

(Straße, Hausnummer)

(Beruf) *

(PLZ, Wohnort)

(Arbeitgeber) *

(Telefonnummer privat)

(Anschrift Arbeitgeber) *

(Handynummer)

(Telefonnummer Arbeitgeber) *

(E-mail)

* = Mit diesen Angaben helfen Sie uns weiter!

Gesundheitsfragebogen: (bitte ankreuzen)

1. Wie wichtig ist Ihnen Ihre **Zahngesundheit**?

- sehr wichtig wichtig nicht wichtig

2. Sind Sie interessiert am Bleichen (Bleaching) Ihrer Zähne? ja nein

3. Haben Sie **Angst vor der Zahnbehandlung**? ja nein

4. Halten Sie es für nützlich, wenn wir Sie über die neuesten Erkenntnisse im Bereich der **Zahnpflege** informieren? ja nein

5. Haben Sie **Zahnfleischbluten**? ja nein

6. Würden Sie sich mit einer herausnehmbaren Prothese zufrieden geben? ja nein

7. Leiden Sie öfters an **Verspannungen** im Gesichts-, Hals- oder Nackenbereich? ja nein

8. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne nicht richtig zusammenpassen bzw. dass Ihr Biss nicht stimmt? ja nein

Bitte wenden!

9. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

10. Im Speziellen, nehmen Sie Medikamente gegen **Knochenstoffwechselstörungen** wie z.B. Osteoporose ein (sog. Biphosphonate)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

11. Reagieren Sie **empfindlich auf Lebensmittel / Arzneien**, sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

12. Leiden Sie an **Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

13. Leiden Sie manchmal an **Atemnot, Asthma** oder haben Sie gelegentlich **Brustschmerzen**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

14. Leiden Sie an einer **Bluterkrankung**, bluten Sie leicht oder bekommen Sie schnell „blaue Flecken“? ja nein

Wenn ja, welche? _____

15. Hatten Sie schon mal **Probleme bei der Heilung von Wunden**? ja nein

16. Leiden Sie an **Diabetes**? ja nein

17. Hatten oder haben Sie ein **Leberleiden (z.B. Hepatitis C)**? ja nein

18. Leiden Sie an **AIDS** oder sind Sie **HIV positiv**? ja nein

19. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Betreuung? ja nein

Wenn ja, weswegen? _____

20. Sind Sie **schwanger**? ja nein

21. Wie würden Sie Ihr **Lächeln** auf einer Skala von **1-10 bewerten**?



Kreisen Sie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **ein**

22. Welche **Veränderungen** möchten Sie gern an Ihrem **Lächeln vornehmen**?

Gerade Zähne Weißere Zähne Kaputte/fehlende Zähne ersetzen

Sollen wir Sie regelmäßig an die nächste anstehende zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung per Brief erinnern (**Recall**)? ja nein

(Datum, Unterschrift)