

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Ihre optimale Behandlung gewährleisten und um Zwischenfälle in unserer Praxis vermeiden zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Alle Auskünfte werden wir gemäss unserer ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich behandeln. Nicht nur der Zahnarzt, auch seine MitarbeiterInnen unterliegen dieser Schweigepflicht.

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?				
Besteht bei Ihnen ein Diabetes? (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Sind Sie herzkrank? (Angina pectoris, Rhythmusstörung, Herzinfarkt, Schrittmacher)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leiden Sie unter Magen-Darm-Störungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Sind Sie blutverdünnt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Sind Sie allergisch?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wogegen? Pollen, Nahrungsmittel, Metalle, Medikamente?				
Sind sonstige Erkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Z.B. Tuberkulose, Gelbsucht, Hepatitis, Bluterkrankung, Schilddrüsenleiden				
Rheuma, Osteoporose, hoher oder niedriger Blutdruck, AIDS, HIV o.ä.				
Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt.?				
Wer ist Ihr Hausarzt?				
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Waren Sie bisher regelmässig in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Bestand oder besteht eine Zahnfleischentzündung oder Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wurde eine Parodontosebehandlung durchgeführt oder empfohlen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beobachten Sie Zahnwanderungen, -verschiebungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Frühere kieferorthopädische Behandlung (Zahnregulierung)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Pressen Sie mit den Zähnen, den Lippen, der Zunge?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? (Prothesen)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Seit wann?				
Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz? (Kronen, Brücken)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Seit wann?				
Tragen Sie Implantate?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Seit wann?				
Sind Sie schon einmal von einem anderen Arzt/Zahnarzt geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn ja, an welchem Körperteil?				
Ist das innerhalb der letzten 12 Monate geschehen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Bei welchem Arzt/Zahnarzt?				
Frühere Behandlungen mit Röntgenstrahlen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Für Frauen im gebärfähigen Alter:				
Besteht bei Ihnen z. Zt. eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Teilen Sie uns bitte unaufgefordert mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Strassenverkehr beeinträchtigen können.

Ich wurde empfohlen / überwiesen durch:.....

Bern,.....

.....

Unterschrift

Zahnheilkunde...

... so individuell wie Ihr Fingerabdruck.