

## Fragebogen

12–19J

### I. Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name (Versicherter) \_\_\_\_\_ Vorname (Versicherter) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (Versicherter) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung/  
beihilfeberechtigt? \_\_\_\_\_

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_ Unterschrift  
(Erziehungsberechtigter) \_\_\_\_\_

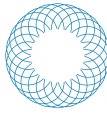
### II. Medizinische Anamnese

Bestehen oder bestanden bei Dir folgende Erkrankungen oder Beschwerden ?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ja, gegen \_\_\_\_\_

» weiter auf der Rückseite



	Ja	Nein
Warst Du vor kurzem oder bist Du noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, aus welchem Grund? _____		
Warst Du mehr als viermal im Jahr für mindestens eine Woche krank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

## II. Zahnmedizinische Anamnese

Was ist Dein Hauptanliegen? Mit welchen Wünschen kommst Du zu uns?

Vorsorgeuntersuchung und Beratung über Vorsorgemaßnahmen	<input type="radio"/>	
Beratung und Behandlung von Karies und Parodontitis	<input type="radio"/>	
Verbesserung der Ästhetik	<input type="radio"/>	
Beratung über Zahnstellungs-Korrekturen und Kieferregulierung	<input type="radio"/>	
Sonstiges: _____		

Hast Du im Moment Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche: _____		

Wie oft putzt Du täglich Deine Zähne: \_\_\_\_\_

Verwendest Du eine fluoridierte Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legst Du Wert auf eine fluoridfreie Prophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwendest Du eine elektrische Zahnbürste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwendest Du weitere Hilfsmittel zur Zahnhygiene (z.B. Zahnseide)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

Rauchst Du zur Zeit oder hast Du früher geraucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie viel? _____		
Nichtraucher, seit _____		