



Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Geb. : _____

PLZ / Wohnort: _____ Tel. : _____

An welchen allgemeinen Erkrankungen leiden Sie?

Herzerkrankungen(z.B. Infarkt):

Kreislaufenerkrankungen(z.B. Bluthochdruck):

Stoffwechselerkrankungen(z.B. Diabetes):

Bluterkrankungen:

Atemwegserkrankungen:

Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis C, Tuberkulose):

Andere(z.B. Schlaganfall, Krebs, Epilepsie oder Glaukom):

.....

Allergien:

.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Medikamente, die Sie regelmäßig nehmen:

.....

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen?

.....

Werden oder wurden Mittel gegen Osteoporose eingenommen, sog. Bisphosphonate?

.....

Rauchen Sie ? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt?

Wie und wann pflegen Sie Ihre Zähne/Zahnersatz?

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche SSW?

Haben Sie beim Kauen Knackgeräusche im Kiefergelenk?

Haben Sie Furcht vor der zahnärztlichen Behandlung? Wovor genau?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Möchten Sie regelmäßig per Post an bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?

Datum, Unterschrift des Patienten/Versicherten/Erziehungsberechtigten
Spezielle Anamnese und Organisatorisches - Kinder
Dürfen wir Ihr Kind ohne Ihre Begleitung behandeln? Auch wenn lokal betäubt wird?
.....

Auch wenn Zähne entfernt werden müssen?

Wissen Sie wie Karies/ein Loch im Zahn entsteht?

Was trinken Sie, wenn Sie/Ihr Kind durstig sind?

Bitte nehmen Sie exemplarisch den gestrigen Tag!
Was frühstückt das Kind?

Was gibt es zu Mittag? Wer bereitet es zu?

Was gibt es am Abend? Wer bereitet es zu?

Was essen und trinken Sie zwischendurch?

Ist Ihnen flouridhaltiges Speisesalz bekannt?

Benutzen Ihre Kinder elmex gelee?

In welchem Alter war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt?

Hat es gut mitgemacht? Gab es Negatives zu berichten?

Haben Sie selber Angst vor der Behandlung?

Wie bereiten Sie Ihr Kind auf den Zahnarztbesuch vor? Fallen Sätze wie „Das ist gar nicht so schlimm!“?

Kennen Sie die KAI-Technik?

Wie viel kg wiegt Ihr Kind?

Ist Ihr Kind schon einmal auf die Zähne gestürzt?

Gab es andere Unfälle in Zusammenhang mit den Zähnen?

Betreibt Ihr Kind eine Sportart mit hoher Sturzgefahr? Welche?

.....

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder hat es das?

.....

Nuckelt Ihr Kind an einem Schnuller?

.....

....., denUnterschrift: (Ort) (Datum)

