



# Patienten Fragebogen

1. Vor- und Familienname: .....

2. Geburtsdatum:.....

3. Kontaktdaten:

Straße:.....

Postleitzahl:.....

Stadt:.....

Land:.....

Telefon:.....

E-Mail Adresse:.....

4. Beschäftigung (freiwillige Angabe):.....

5. Behandlungen und Therapien zur Zeit, wenn ja, welche:

Nein

Ja:.....

6. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, wenn ja, welche:

Nein

Ja:.....

7. Leiden Sie unter Medikamentensensibilität- oder allergie, wenn ja, unter welcher:

Nein

Ja:.....



8. Leiden Sie unter osteroporosischen Erkrankungen, falls ja mit welchen Medikamenten:  
O Nein  
O Ja, mit folgenden Medikamenten:.....
9. Ist Ihr Körpergewicht konstant:  
O Nein  
O Ja
10. Leiden Sie unter Schlafstörungen:  
O Nein  
O Ja
11. Leiden Sie unter Depressionen:  
O Nein  
O Ja
12. Knirschen Sie mit den Zähnen, beißen Sie ohne zu essen die Zähne fest zusammen,  
wenn ja, wann:  
O Nein  
O Ja:.....
13. Haben Sie Gelenkbeschwerden:  
O Nein  
O Ja
14. Ist Ihr Kiefergelenk in Ordnung:  
O Nein  
O Ja



15. Leiden Sie unter sich lockeren Zähnen:

Nein

Ja

16. Hatten Sie in der Vergangenheit Gesichts-, - Kinn- oder Kieferverletzungen:

Nein

Ja

17. Leiden Sie oft unter Entzündungen, Aphthen, Blutungen oder Geschwüren im Mund:

Nein

Ja

18. Hatten Sie in der Vergangenheit Kieferhöhlenentzündung:

Nein

Ja

19. Hatten Sie in der Vergangenheit Prosopo-Neuralgie:

Nein

Ja

20. Hatten Sie Gingivitis während der Schwangerschaft:

Nein

Ja

21. Trinken Sie Alkohol:

Nein

Ja



22. Rauchen Sie

Nein

Ja

23. Zähneputzgewohnheiten:.....

24. Erforderliche Behandlung, insofern Sie bereits eine Vorstellung haben:

.....  
.....  
.....

25. Gibt es einen bereits in Ihrem Heimatland erstellten Kostenvoranschlag den Sie uns zukommen lassen könnten?

Nein

Ja

26. Gibt es eine Röntgenaufnahme Ihres Kiefers welche Sie uns zur Erstellung der Kostenvoranschlag zukommen lassen könnten?

Nein

Ja

27. Müssen vor der Behandlung noch Zähne entfernt werden? Wenn ja, wie viele im Oberkiefer, und wie viele im Unterkiefer?

Nein

Ja, ..... Stück im Oberkiefer und ..... Stück im Unterkiefer

Ihre persönlichen Daten werden durch ärztliche Vertraulichkeit geschützt. Die Informationen, die wir erhalten, werden gemäß den Datenschutzgesetzen behandelt.



Ort:

Datum:..... Unterschrift: .....