Patienten Fragebogen

1. Vor- und Familienname: ......................................................................................................
2. Geburtsdatum:.....................................................................................................................
3. Kontaktdaten:

Straße:................................................................................................................................
Postleitzahl:.........................................................................................................................
Stadt:...................................................................................................................................
Land:...................................................................................................................................Telefon:................................................................................................................................

E-Mail Adresse:...................................................................................................................

1. Beschäftigung (freiwillige Angabe):.....................................................................................
2. Behandlungen und Therapien zur Zeit, wenn ja, welche:
O Nein
O Ja:....................................................................................................................................
3. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, wenn ja, welche:
O Nein
O Ja:....................................................................................................................................
4. Leiden Sie unter Medikamentensensibilität- oder allergie, wenn ja, unter welcher:
O Nein
O Ja:....................................................................................................................................
5. Leiden Sie unter osteroporosischen Erkrankungen, falls ja mit welchen Medikamenten:
O Nein
O Ja, mit folgenden Medikamenten:....................................................................................
6. Ist Ihr Körpergewicht konstant:
O Nein
O Ja
7. Leiden Sie unter Schlafstörungen:
O Nein
O Ja
8. Leiden Sie unter Depressionen:
O Nein
O Ja
9. Knirschen Sie mit den Zähnen, beißen Sie ohne zu essen die Zähne fest zusammen, wenn ja, wann:
O Nein
O Ja:................................................................................…………………………….
10. Haben Sie Gelenkbeschwerden:
O Nein
O Ja
11. Ist Ihr Kiefergelenk in Ordnung:
O Nein
O Ja
12. Leiden Sie unter sich lockeren Zähnen:
O Nein
O Ja
13. Hatten Sie in der Vergangenheit Gesichts, - Kinn- oder Kieferverletzungen:
O Nein
O Ja
14. Leiden Sie oft unter Entzündungen, Aphthen, Blutungen oder Geschwüren im Mund:
O Nein
O Ja
15. Hatten Sie in der Vergangenheit Kieferhöhlenentzündung:
O Nein
O Ja
16. Hatten Sie in der Vergangenheit Prosopo-Neuralgie:
O Nein
O Ja
17. Hatten Sie Gingivitis während der Schwangerschaft:
O Nein
O Ja
18. Trinken Sie Alkohol:
O Nein
O Ja
19. Rauchen Sie
O Nein
O Ja
20. Zähneputzgewohnheiten:……………………………………………………………….
21. Erforderliche Behandlung, insofern Sie bereits eine Vorstellung haben:
……………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………..
22. Gibt es einen bereits in Ihrem Heimatland erstellten Kostenvoranschlag den Sie uns zukommen lassen könnten?
O Nein
O Ja
23. Gibt es eine Röntgenaufnahme Ihres Kiefers welche Sie uns zur Erstellung der Kostenvoranschlages zukommen lassen könnten?
O Nein
O Ja
24. Müssten vor der Behandlung noch Zähne entfernt werden? Wenn ja, wie viele im Oberkiefer, und wie viele im Unterkiefer?
O Nein
O 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: ………………………………