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: ………………………………