

## Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand (alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Bitte ausfüllen/zutreffendes Ankreuzen

- Raucher     Nichtraucher  
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (welche)?

- \_\_\_\_\_  
 Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht (welche)?

- \_\_\_\_\_  
 Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung?  
 Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? \_\_\_\_\_ , an den Zähnen? \_\_\_\_\_  
 (Nur für Frauen) Sind Sie schwanger?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck                      |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                     | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung        |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung (Asthma)        | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit (HIV/Hepatitis B/C)     |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                   | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)         |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung             | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)           |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (z.B. grüner Star) | <input type="checkbox"/> Kreislauf-/Gefäßerkrankung                  |
| <input type="checkbox"/> Depression                         | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Skelettsystems (z.B. Rheuma) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                    | <input type="checkbox"/> Allergien (welche)                          |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung             |  |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darmerkrankung               | _____  |

Sind Sie mit Ihren Zähnen     sehr zufrieden     zufrieden     unzufrieden

- Haben Sie Zahnfleischbluten?  
 Zahnlockerungen/Zähne durch Parodontose verloren?  
 Hatten Sie bereits Parodontosebehandlungen?  
 Möchten Sie an einem Zahnerhaltungsprogramm teilnehmen?  
 Knirschen Sie mit den Zähnen?

Wünschen Sie eine Beratung über:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm                                   | <input type="checkbox"/> Füllungsalternativen |
| <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung   | <input type="checkbox"/> Implantate           |
| <input type="checkbox"/> Behandlung in Sedierung/Narkose                                     | <input type="checkbox"/> Zahnersatz           |
| <input type="checkbox"/> Kinderbehandlung  | <input type="checkbox"/> Vollkeramik          |
| <input type="checkbox"/> Ich wünsche regelmäßig an meine Kontroll-Termine erinnert zu werden |   |

Ich komme auf Empfehlung durch \_\_\_\_\_

- Internet     Telefonbuch     Anzeige     sonstiges

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift