

Zahnersatz

Haben Sie Zahnersatz? (Inlay, Krone, Brücke, Prothese) Nein Ja

welche Art Zahnersatz?

wann wurde dieser eingegliedert?

wie sind Sie damit zurecht gekommen?

sofort sehr gut lange Gewöhnungszeit

Sind nachträglich Korrekturen durchgeführt worden?

keine oder wenige viele Korrekturen nötig

Haben / hatten Sie eine Aufbißschiene? Nein Ja

warum?

Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente (ASS, Marcumar)?

Nein Ja

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung?

Nein Ja

Diabetes Typ?

Schilddrüsenerkrankung

Magen-, Darmerkrankung

Sind Sie Träger einer ansteckenden Krankheit? Nein Ja

Leberentzündung (Hepatitis A / B / C)

Tuberkulose

HIV / AIDS

Leiden Sie an Epilepsie bzw. Krämpfen? Nein Ja

Haben Sie Asthma? Nein Ja

Haben Sie Allergien? Nein Ja

wogegen?

.....

Befürchtungen

Ich bin sehr schmerzempfindlich!

Ich habe große Angst vor der Behandlung!

Ich bekomme leicht einen Würgereiz!

Ich habe Angst vor der Spritze!

andere

Wünsche

Ich wünsche:

Vorsorgeuntersuchung

Prophylaxe / Zahnreinigung

Karies-Risikomessung

Parodontosebehandlung

Erinnerung an Vorsorgeuntersuchung

weiße Zähne / gesundes Zahnfleisch

Erneuerung von Füllungen

Amalgamsanierung

funktionsfähigen / ästhetischen Zahnersatz (Inlays, Krone,
Brücke, Prothese)

Implantatberatung

andere

.....

.....

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?

Nein Ja

welche?

Gab es schon mal Probleme bei einer Zahnbehandlung (Nachblutung,

Ohnmacht)? Nein Ja

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

was wird behandelt?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....

Name und Telefon-Nummer des Arztes:

.....

Rauchen Sie? Nein Ja

Wieviele Zigaretten täglich?

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Fühlen Sie sich in letzter Zeit häufig gestresst bzw. erschöpft?

Nein Ja

Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- und / oder Gefäßerkrankungen?

Nein Ja

Herzschmerzen (Angina Pectoris)

unregelmäßiger Herzschlag

Herzschrittmacher

Herzklappenersatz

Zustand nach Herzinfarkt

Bluthochdruck

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift