



CENTRODENT

ZENTRUM FÜR ZAHNMEDIZIN

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Ihre optimale Behandlung gewährleisten und um Zwischenfälle in unserer Praxis vermeiden zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Auskünfte werden wir gemäss unserer ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich behandeln. Einsicht erhalten ausschliesslich behandelnde Zahnärzte / Mitarbeiter der Praxisgemeinschaft.

- Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?
- Besteht bei Ihnen ein Diabetes? (Zuckerkrankheit) Ja Nein
- Sind Sie herzkrank? (Angina pectoris, Rhythmusstörung, Herzinfarkt, Schrittmacher) Ja Nein
- Leiden Sie unter Magen-Darm-Störungen? Ja Nein
- Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Sind Sie blutverdünnt? Ja Nein
- Sind Sie allergisch? Ja Nein
- Wogegen? Pollen, Nahrungsmittel, Metalle, Medikamente?
- Sind sonstige Erkrankungen bekannt Ja Nein
- Z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Bluterkrankung, Schilddrüsenleiden, Rheuma, Osteoporose, Blutdruck, HIV o.ä.
- Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt.?
- Wer ist Ihr Hausarzt?
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Waren Sie bisher regelmässig in zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein
- Bestand oder besteht eine Zahnfleischentzündung oder Zahnfleischbluten? Ja Nein
- Wurde eine Parodontosebehandlung durchgeführt oder empfohlen? Ja Nein
- Beobachten Sie Zahnwanderungen, -verschiebungen? Ja Nein
- Frühere kieferorthopädische Behandlung (Zahnregulierung)? Ja Nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Pressen Sie mit den Zähnen, den Lippen, der Zunge? Ja Nein
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? (Prothesen) Ja Nein
- Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz? (Kronen, Brücken) Ja Nein
- Seit wann?
- Tragen Sie Implantate? Ja Nein
- Seit wann?
- Sind Sie schon einmal von einem anderen Arzt/Zahnarzt geröntgt worden? Ja Nein
- Seit wann?
- Ist das innerhalb der letzten 12 Monate geschehen? Ja Nein
- Bei welchem Arzt/Zahnarzt?
- Frühere Behandlungen mit Röntgenstrahlen? Ja Nein
- **Für Frauen im gebärfähigen Alter:** Besteht bei Ihnen z. Zt. eine Schwangerschaft? Ja Nein

Bern,

Unterschrift:

Teilen Sie uns bitte unaufgefordert mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Strassenverkehr beeinträchtigen können.

Ich wurde empfohlen / überwiesen durch: