

## Gesundheitsfragebogen für Erwachsene

Herzlich willkommen in unserer Klinik! Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für den behandelnden Kieferorthopäden. Er verbleibt vertraulich unter der ärztlichen Schweigepflicht bei den Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse genau und besprechen Sie offenstehende Themen mit Ihrem behandelnden Arzt **vor** dem Untersuchungsbeginn.

Email-Adresse Patient: \_\_\_\_\_  
 Festnetz / Mobile Telefonnummer Patient: \_\_\_\_\_  
 Überweisung von: \_\_\_\_\_  
 Eigeninitiative (was stört?): \_\_\_\_\_  
 Hauszahnarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_  
 Kinderarzt/Hausarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_  
 Frühere KFO Behandlung?  
 Wenn ja, ca. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 bei (Name, Adresse, Tel.): \_\_\_\_\_

abgeschlossen       abgebrochen

- |   |                             |                               |  |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| 1. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 2. Denken Sie, dass Ihre Zähne Ihr allgemeines Wohlbefinden beeinträchtigen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 3. Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 4. Nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie in den letzten Monaten Medikamente genommen? Wenn ja welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 5. Benötigen Sie vor einem ärztlichen Eingriff eine Prämedikation (z.B. Endokarditisprophylaxe)?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 6. Nehmen oder haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate eingenommen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 7. Sind Sie jemals ernsthaft krank gewesen oder hatten Sie einen chirurgischen Eingriff?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 8. Sind Sie schon mal mit einer Bestrahlung behandelt worden?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 9. Haben sich Ihr Appetit oder Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 10. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen oder bei großer Mundöffnung?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 11. Haben Sie häufiger Zahnschmerzen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 12. Sind bei Ihnen ein verfrühter Zahnverlust oder Nichtanlagen bekannt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 13. Haben Sie empfindliche Zähne, Zahnfleischbluten oder Zahnfleischbeschwerden?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 14. Leiden Sie unter Kieferhöhlenbeschwerden?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 15. Haben schon mal Schmerzen, Reiben oder Knacken in den Kiefergelenken oder anderen Gelenken gehabt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 16. Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 17. Sind bei Ihnen die Mandeln oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann? _____   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 18. Haben Sie jemals einen Unfall im Kiefer, Gesichts oder Zahnbereich gehabt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 19. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe wie: Nickel, Chrom Kunststoffe, Latex, braunes Pflaster, Pollen, Hausstaub o.ä.?: _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 20. Besitzen Sie einen Allergiepass?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 21. Sind Sie schwanger?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 22. Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 23. Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen? _____   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 24. Haben sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

25. Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?

Syndromale Erkrankungen (z.B. LKG Spalten)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Rheumatisches Fieber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Herz (z.B. Infarkt, Herzmuskelentzündung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Schlaganfall)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Lunge (Asthma, Bronchitis)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Magen/Darm, Niere, Blase	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Leber (z.B. Gelbsucht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Vegetatives Nervensystem (Kopfschmerzen, Migräne)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Gicht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Knochen-Stoffwechsel (Osteoporose, Bisphosphonate)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut/Bluter/Eisenmangel)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Tuberkulose	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hepatitis	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HIV (AIDS)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hautkrankheiten (z.B. Herpes o.ä.)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Geschlechtskrankheiten	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Augen (z.B. grauer, grüner Star)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Krebs, Tumor oder andere Geschwülste	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Frühere Operationen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Andere Erkrankungen, wenn ja welche: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt

Wurden Sie in letzter Zeit geröntgt? Wenn ja, was, wann und wo: \_\_\_\_\_

26. Einer schriftlichen Mitteilung des Befundes (Arztbrief) an meinen Hausarzt stimme ich zu

0 Ja 0 Nein

**Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen des Gesundheitszustandes mit!**

Marburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_