

**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. War der Patient während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung | ja | nein |
| 2. Muss der Patient regelmässig Medikamente einnehmen?                               | ja | nein |
| 3. Hatte der Patient jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  | ja | nein |
| Leidet der Patient an:   |    |      |
| 4. Schwierigkeiten mit langem Bluten?  | ja | nein |
| 5. Herz- oder Kreislaufstörungen?  | ja | nein |
| 6. Blutkrankheiten?  | ja | nein |
| 7. Zuckerkrankheit oder anderen Stoffwechselkrankheiten?                             | ja | nein |
| 8. häufigen Infektionen der oberen Luftwege?   | ja | nein |
| 9. Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien?                                      | ja | nein |
| 10. Gelbsucht?   | ja | nein |
| 11. einer anderen ernsthaften Krankheit?   | ja | nein |
| 12. Welche Kinderkrankheiten hat der Patient durch gemacht?                          |    |      |

**Erlittene Unfälle**

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 13. im Gesichts-/Kieferbereich?                                   | ja | nein |
| 14. an den Zähnen?  | ja | nein |
| <b>15. Bereits durchgeführte kieferorthopädische Behandlungen</b> | ja | nein |

Falls ja:  
Womit?

Durch wen?

**Mundhygiene**

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 16. Blutet das Zahnfleisch des Patienten beim putzen?                                 | ja | nein |
| 17. Welche Massnahmen zur Vorbeugung von Zahnschäden werden regelmässig durchgeführt? | ja | nein |

**Gewohnheiten**

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 18. Hatte oder hat der Patient Lutschgewohnheiten (Nuggi oder Finger)? | ja | nein |
| Bis wann:  |    |      |

19. Spielt der Patient ein Blasinstrument (Trompete, Klarinette, Querflöte)? ja    nein

20. **Zusatzversicherung** ja    nein

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Beruf:	
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Natel:	E-mail:
Überwiesen von:	Hauszahnarzt:

Zusätzlich für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren:

**Erziehungsberechtigter**

Vater	Mutter	gesetzlicher Vertreter
-------	--------	------------------------

Name:	Vorname:
Beruf:	
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Natel:	E-mail:

Adresse (falls abweichend von der Adresse des Patienten)  
 Strasse: PLZ/Ort: