



**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

	JA	NEIN
Leiden oder litten Sie an:		
Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epileptischen Anfällen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
häufigen Kopf-, Nacken- oder Schulterschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- oder Darmgeschwüren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatismus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scharlach, Endokarditis, rheumatischem Fieber, Polyarthrits rheumatica, Iridozyklitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose, Lues, AIDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einer anderen, hier nicht aufgeführten, ernsthaften Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, an welcher? _____		
Sind Sie Raucher/in?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch (z. B. beim Zähneputzen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen einmal:		
- eine Zahnfleischbehandlung (Parodontaltherapie) durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- eine Zahnstellungskorrektur vorgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einmal:		
- eine Kieferhöhlenentzündung durchgemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- einen Zahnschaden oder Kieferbruch durch Unfall erlitten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie in Ihrem Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich schon einmal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Mundtrockenheit und/oder Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Kiefergelenksbeschwerden (Schmerzen, Knacken, Reiben) und/oder Verspannungen der Kiefermuskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefallen Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihnen die Ästhetik: <input type="radio"/> sehr wichtig <input type="radio"/> wichtig <input type="radio"/> nicht so wichtig		
Leiden Sie unter Zahnarztangst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nur für Patienten mit abnehmbarem Zahnersatz (Teilprothesen, Druckknopfprothesen, Totalprothesen):		
- Sind Sie mit der Funktion, Tragekomfort und Ästhetik Ihres Zahnersatzes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Wurde bei Ihnen während den letzten zwei Jahren eine prothetische Versorgung vorgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum:

Unterschrift:

---