

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns,
Ihr Ansprechpartner für Zahngesundheit zu sein.
Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit würden wir
Sie gerne besser kennenlernen.
Bitte beantworten Sie uns daher folgende Fragen:



überörtliche
Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Florian Grummt
Zahnarzt, Oralchirurgie

Dr. med. dent. Moritz Lindl
Zahnarzt

Haben Sie ein spezielles Anliegen? _____

Sind Sie mit der Form, Farbe und Stellung Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Mundgeruch? Ja Nein

Hatten Sie jemals eine Zahnfleischbehandlung? Ja Nein

Waren Sie während der letzten 5 Jahre im Krankenhaus? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Leiden Sie unter Herz-/Kreislaufkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben sie einen Herzpaß? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Bluten Sie lange nach Verletzungen? Ja Nein

Leiden Sie unter einer der nachgenannten Erkrankungen?

Bluter Diabetes (Zucker) Schilddrüse Hepatitis AIDS Tuberkulose Asthma

Rheuma Bulimie Tumorerkrankung Epilepsie

Leiden Sie außerdem unter anderen Erkrankungen (die hier nicht aufgeführt sind)?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Angst vor Spritzen oder zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein

Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder anderen Stoffen oder irgendeine

Allergie bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Sind innerhalb der letzten drei Jahre Ihre Zähne geröntgt worden? Ja Nein

Fühlen Sie eine Behinderung der Nasenatmung? Ja Nein

Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ nicht mehr seit ____ Jahren

Welchen Zahnbürstentyp verwenden Sie?

keine weich mittel hart elektrisch, Typ: _____

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne normalerweise? _____ mal täglich für _____ Minuten

Verwenden Sie zusätzliche Hilfsmittel? Ja Nein

Wenn ja, welche? Zahnseide Zahnstocher Interdentalbürstchen

Fluoridtabletten Mundspüllösung Fluoridgelee

Dürfen wir Sie mit einem Brief an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern?

Ja Nein
