

ZAHNÄRZTLICHER FRAGEBOGEN NEUPATIENTEN

- Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch?
Schmerzen Beratung Zweitmeinung Unfall Sonstiges

- Zahnmedizinische Fragen :

	J ? N
Haben Sie Schmerzen an Zähnen <input type="radio"/> am Zahnfleisch <input type="radio"/> am Kiefergelenk <input type="radio"/>	○ ○ ○
im Oberkiefer <input type="radio"/> im Unterkiefer <input type="radio"/>	
Haben Sie oft	○ ○ ○
Aphten <input type="radio"/> Fieberbläschen <input type="radio"/>	
Entzündungen der Mundschleimhaut <input type="radio"/> Mundtrockenheit <input type="radio"/> Mundbrennen <input type="radio"/>	
Schleimhautveränderungen <input type="radio"/> Prothesendruckstellen <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/>	
Hatten Sie einen Zahnunfall?	○ ○ ○
Wenn ja, erfolgte eine Meldung bei der Unfallversicherung?	○ ○ ○
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	○ ○ ○
Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskel-schmerzen?	○ ○ ○
Tragen Sie eine Schiene?	○ ○ ○
Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?	○ ○ ○
Wurden bei einer schon eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt?	○ ○ ○
Benutzen Sie Mundhygienehilfsmittel?	○ ○ ○
Zahnseide <input type="radio"/> Zahnzwischenraumbürstchen <input type="radio"/> Mundspüllösung <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/>	
Wie oft? täglich <input type="radio"/> mehrmals wöchentlich <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/>	
Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?	
halbjährlich <input type="radio"/> jährlich <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/>	
Wann war die letzte Konsultation?	
Konsultationsgrund: Kontrolle <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/>	
Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?	○ ○ ○
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	○ ○ ○
Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?	
Schmerzen <input type="radio"/> Schwellung <input type="radio"/> Nachblutung <input type="radio"/> Materialunverträglichkeit <input type="radio"/>	
Probleme mit Zahnersatz <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/>	