

Fragebogen für Erwachsene.

Name: _____

geboren am: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns behandeln lassen möchten. Um das möglichst gut tun zu können, ist es sehr hilfreich, wenn Sie die folgenden Fragen vorab beantworten. Natürlich unterliegen Ihre Antworten unserer Schweigepflicht. Wenn Sie es möchten, dann helfen wir Ihnen gern beim Ausfüllen des Bogens!

Dr. Jochen Deppe M. Sc., ZA Prashant K Singh DDS und Mitarbeiterinnen

Teil 1

1. Verraten Sie uns, warum Sie zu uns zur Behandlung kommen?

Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt worden?

ja nein

Wir arbeiten nach dem Motto „Gesunde Zähne ein Leben lang“. Möchten Sie über unser spezielles Prophylaxeprogramm zur Zahnvorsorge informiert werden?

ja nein

2. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

A: Stellen Sie sich vor, Sie müssen morgen zum Zahnarzt. Wie fühlen Sie sich?

1. Ich betrachte das als einigermaßen erfreuliche Angelegenheit.
2. Es ist mir gleichgültig.
3. Mir ist etwas unbehaglich zumute.
4. Ich befürchte, dass es unangenehm und schmerzhaft werden könnte.
5. Ich bin sehr beunruhigt darüber, was der Zahnarzt mit mir anstellen wird.

B: Wie fühlen Sie sich, wenn Sie im Wartezimmer des Zahnarztes sitzen?

1. entspannt
2. ein wenig unwohl
3. angespannt
4. ängstlich
5. so ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle

C: Wie fühlen Sie sich, wenn Sie im Behandlungsstuhl sind und der Bohrer vorbereitet wird, um damit an Ihren Zähnen zu arbeiten?

1. entspannt
2. ein wenig unwohl
3. angespannt
4. ängstlich
5. so ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle

D: Stellen Sie sich vor, Sie sind im Behandlungsstuhl, um Ihre Zähne reinigen zu lassen. Wie fühlen Sie sich, wenn die Instrumente dafür zusammengestellt werden?

1. entspannt
2. ein wenig unwohl
3. angespannt
4. ängstlich
5. so ängstlich, dass ich Schweißausbrüche bekomme und mich regelrecht krank fühle

Teil 2

Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus? ja nein
Wenn ja, warum?

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, warum?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?

...und warum?

Neigen Sie zu Allergien? ja nein
Wenn ja, zu welchen? Sollten Sie einen Allergiepass besitzen, so legen Sie diesen bitte vor!

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder haben Sie eine davon gehabt?

Zuckerkrankheit	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Hepatitis (Gelbsucht)	ja	nein
Nierenerkrankungen	ja	nein
Asthma/ Lungenerkrankungen (Tuberkulose)	ja	nein
Hoher/ niedriger Blutdruck	ja	nein
Osteoporose oder andere Erkrankungen, die mit Bisphosphonaten behandelt werden	ja	nein
Immunschwäche (HIV)	ja	nein
Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen	ja	nein
Rheuma	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Magen-Darmerkrankungen	ja	nein
Herzkrankungen	ja	nein
Herzschrittmacher	ja	nein
Rauchen Sie?	ja	nein

NB: Sollten Sie einen Herzpass besitzen, so legen Sie diesen bitte vor!
Für Frauen: Sagen Sie es uns bitte, wenn Sie schwanger sind!

Mit dem Zustandekommen des Behandlungsvertrages gelten die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ unserer Praxis, die Ihnen ausgehändigt wurden und die Sie jederzeit in der Praxis einsehen können.

Datum und Unterschrift

Danke!

©1993 - 2017, Dr. Jochen Deppe