

Medi-Check

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____

Tel. P: _____ Tel. G: _____ Geb. Dat. _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____ E-Mail: _____ Fax: _____

Beschäftigung: _____ Firma: _____

Werden Sie vom Sozialdienst oder einem anderen Sozialwerk unterstützt? Ja Nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes oder des behandelnden Spezialisten:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Allgemeinmedizinische Fragen (bitte ankreuzen):	Ja	Nein	Weiss nicht
01. Fühlen Sie sich zur Zeit krank?			
02. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?			
03. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Spital?			
04. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente?			
Haben oder hatten Sie jemals:			
05. Gelbsucht, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten oder ähnliches?			
06. Bluttransfusionen, Dialyse?			
07. Rheumatisches Fieber, Rheuma mit Gelenkschwellungen?			
08. Herz- oder Niereninfektion, wiederholte Angina, Scharlach?			
09. Künstliche Herzklappen, chronische Augenleiden?			
10. Herzbeschwerden, Herzinfarkt?			
11. Atembeschwerden beim Treppensteigen oder Schlafen?			
12. Hohen oder niederen Blutdruck?			
13. Kreislaufbeschwerden; wird Ihnen leicht schwarz vor den Augen?			
14. Asthma oder andere Lungenbeschwerden?			
15. Allergien auf Medikamente, Esswaren, Materialien, Pollen, Staub?			
16. Anhaltendes Bluten nach Verletzung; oft blaue Flecken; Blutverdünnung?			

17. Blutkrankheiten; Blutspende-Verbot?			
18. Tumorbehandlungen mit Medikamenten oder Bestrahlung?			
19. Hormonelle Störungen; Hormontherapie; Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
20. Ständig starken Durst; häufiges Wasserlösen; schlechte Wundheilung?			
21. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre?			
22. Epilepsie (Krampfanfälle); Multiple Sklerose (MS)?			
23. Erbkrankheiten?			
24. Patientinnen: Sind Sie schwanger?			
25. Rauchen Sie? Wenn ja, was? Wieviel?			
Virus-Hepatitis und Aids:			
26. Gehören Sie Ihres Erachtens zu einer Risikogruppe für AIDS/Hepatitis?			
27. Wurden bei Ihnen entsprechende Tests durchgeführt?			
Zahnmedizinische Fragen (bitte ankreuzen):			
28. Haben Sie Schmerzen – an Zähnen?			
– am Zahnfleisch?			
– im Kiefer oder Ohrbereich?			
29. Haben Sie oft – Aphthen, Fieberbläschen, Mundverletzungen?			
– Mundtrockenheit, Mundbrennen?			
– Schleimhautprobleme?			
30. Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?			
31. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?			
32. Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?			
33. Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskel-schmerzen?			
34. Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?			
35. Benützen Sie neben Bürste und Paste andere Mundhygienemittel?			
Welche? Wie oft?			
36. Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt?			
Wie oft?			
37. Wann waren Sie das letzte Mal dort?			
Warum?			
38. Hatten Sie Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?			
Welche?			
39. Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?			
40. Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?			