

Gesundheitsfragebogen für Erwachsene

Herzlich Willkommen in unserer Poliklinik! Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für den behandelnden Kieferorthopäden. Er verbleibt vertraulich unter der ärztlichen Schweigepflicht bei den Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse genau und besprechen Sie offenstehende Themen mit Ihrem behandelnden Arzt **vor** dem Untersuchungsbeginn.

Überweisung von: _____
 Eigeninitiative (was stört?): _____
 Zahnarzt (Name, Adresse) _____
 Kinderarzt/Hausarzt (Name, Adresse) _____
 Frühere KFO Behandlung?
 Wenn ja, ca. von _____ bis _____
 bei (Name, Adresse, Tel.): _____

abgeschlossen abgebrochen

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| 1. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 2. Denken Sie, dass Ihre Zähne Ihr allgemeines Wohlbefinden beeinträchtigen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 3. Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 4. Schnarchen Sie regelmäßig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 5. Ist jemandem schon einmal aufgefallen, dass Sie nachts aufhören zu atmen oder nach Luft schnappen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 6. Sind Sie tagsüber oft erschöpft, müde und fühlen sich nicht ausgeschlafen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 7. Schlafen Sie gut? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 8. Nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie in den letzten Monaten Medikamente genommen? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

Name der Medikation	Dosierung

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| 9. Benötigen Sie vor einem ärztlichen Eingriff eine Prämedikation (z.B Endokarditisprophylaxe)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 10. Nehmen oder haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate eingenommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 11. Sind Sie jemals ernsthaft krank gewesen oder hatten Sie einen chirurgischen Eingriff? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 12. Sind Sie schon mal mit einer Bestrahlung behandelt worden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 13. Haben sich Ihr Appetit oder Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 14. Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen oder bei großer Mundöffnung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 15. Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen im Bereich der Schläfen, des Gesichts, der Kiefergelenke oder des Kiefers? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

16. Haben Sie einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen bei der Mundöffnung oder beim Kauen?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
17. Haben Sie häufiger Zahnschmerzen?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
18. Sind bei Ihnen ein verfrühter Zahnverlust oder Nichtanlagen bekannt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
19. Haben Sie empfindliche Zähne, Zahnfleischbluten oder Zahnfleischbeschwerden?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
20. Leiden Sie unter Kieferhöhlenbeschwerden?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
21. Haben schon mal Schmerzen, Reiben oder Knacken in den Kiefergelenken oder anderen Gelenken gehabt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
22. Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
23. Sind bei Ihnen die Mandeln oder Polypen entfernt worden? Wenn ja, wann? _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
24. Haben Sie jemals einen Unfall im Kiefer,- Gesichts- oder Zahnbereich gehabt?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
25. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe wie: Nickel, Chrom Kunststoffe, Latex, braunes Pflaster, Pollen, Hausstaub o.ä.?: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
26. Besitzen Sie einen Allergiepass?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
27. Sind Sie schwanger?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
28. Rauchen Sie und/oder trinken Sie Alkohol und/oder nehmen Sie Drogen?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
29. Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen? _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
30. Haben sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
31. Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?			
Syndromale Erkrankungen (z.B. LKG Spalten)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Rheumatisches Fieber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Herz (z.B. Infarkt, Herzmuskelentzündung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Schlaganfall)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Lunge (Asthma, Bronchitis)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Magen/Darm, Niere, Blase	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Leber (z.B. Gelbsucht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Vegetatives Nervensystem (Kopfschmerzen, Migräne)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Gicht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Knochen-Stoffwechsel (Osteoporose, Bisphosphonate)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut/Bluter/Eisenmangel)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Tuberkulose	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hepatitis	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HIV (AIDS)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hautkrankheiten (z.B. Herpes o.ä.)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Geschlechtskrankheiten	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Augen (z.B. grauer, grüner Star)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Krebs, Tumor oder andere Geschwülste	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Frühere Operationen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Andere Erkrankungen, wenn ja welche: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt

Wurden Sie in letzter Zeit geröntgt? Wenn ja, was, wann und wo: _____

Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen des Gesundheitszustandes mit!

Marburg, den

Unterschrift des Patienten:

Persönliche Daten

Patient	geboren:
Versicherter	geboren:
Adresse	
E-Mail	
Tel.Nr.	Mobil Nr.

Informationen zum Datenschutz

Ich nehme zur Kenntnis, dass die allgemeinen Datenschutzbestimmungen des Klinikums an der Anmeldung der Poliklinik für Kieferorthopädie ausliegen und dass aufgrund der baulichen Gegebenheiten im Behandlungssaal der Poliklinik der Datenschutz nicht vollständig gewährleistet werden kann.

Aufgrund unterschiedlicher Behandler und Behandlungsanforderungen können unterschiedliche Wartezeiten entstehen.

Ich stimme einer postalischen Terminübermittlung zu. Ja Nein
Ich möchte den kostenlosen Service der Terminerinnerung nutzen (oben angeführten E-Mail Adresse) Ja Nein
Ich stimme einer schriftlichen Mitteilung des Befundes (Arztbrief) an meine involvierten Ärzte zu. Ja Nein
Ich stimme einer digitalen Übermittlung der Befunde zu. Ja Nein

Anfertigung von Röntgenbildern bei Minderjährigen

Im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung werden Röntgenaufnahmen erforderlich sein (Indikation hierbei muss immer eine mögliche therapeutische Konsequenz besitzen).

Ich stimme hiermit der Anfertigung eines Röntgenbildes bei meiner Tochter / bei meinem Sohn auch ohne meine persönliche Anwesenheit zu. Ja Nein

Einverständniserklärung zur Anwendung von den Fluorid - Präparaten :

Fluoridierungsmaßnahmen zielen darauf ab, eine möglichst optimale Kariesprävention zu erreichen. Grundsätzlich ist es für eine gute kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride notwendig, diese regelmäßig anzuwenden.

Auf Grund der lokalen Anwendung gelangen nur kleine Mengen Fluorid in den Mund des Patienten. In seltensten Fällen sind Überempfindlichkeiten oder allergische Reaktionen möglich.

Ich stimme einer Fluoridierung zu. Ja Nein

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich Frau Prof. Dr. H. Korbmacher-Steiner und Ihre Mitarbeiter/-innen der Poliklinik für Kieferorthopädie der ärztlichen Schweigepflicht soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung und mit dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Erstattungsstellen (Krankenkasse, Gutachter, Büdingen etc.) steht

(§ 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes). Ja Nein

Einwilligungserklärung zur Nutzung persönlicher Daten im Rahmen von Forschung und Lehre

Die Poliklinik für Kieferorthopädie gehört zu dem Universitätskrankenhaus Marburg, in dem Studierende der Zahnmedizin ausgebildet werden. Wir bitten Sie, Ihre klinischen Daten nach Anonymisierung und Herstellung von Unkenntlichkeit der extraoralen Fotos im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sowie für wissenschaftliche Publikationen nutzen zu dürfen. Nur so können wir mit Ihrer Hilfe die Qualität der zukünftigen Zahn- und Fachzahnärzte gewährleisten. Ja Nein

Hiermit bestätige ich alle oben aufgeführten Angaben

Marburg, den

1.Erziehungsberechtigter

2.Erziehungsberechtigter

Pat. ab 14. Lebensjahr