

Gesundheits-Check

Bitte den Fragebogen per Hand ausfüllen und zur Auswertung per Post einschicken.
Für Vereinsmitglieder ist die Auswertung kostenfrei.
Bei Nichtmitgliedern wird um eine Spende in Höhe von 30 € gebeten.

Patientenhilfe "Dritte-Zähne " e.V.

Herr Hans-Peter Keller
Sichtwort "Gesundheits-Check"

Spickenbaumsweg 31a
D-46242 Bottrop

Bei auftretenden Fragen oder Unklarheiten bitte anrufen Tel.: 02041 54675

Name
Vorname
Geb. Datum
Strasse
Wohnort
Tel
Fax
e-mail

Krankenversichert privat gesetzlich

Heutiges Datum

Akute Beschwerden ?

Nehmen sie Medikamente?

Haben sie einen Allergiepass? ja nein

Ausstellungsdatum

Worauf sind sie allergisch?

Rauchen sie? ja nein

Haben sie...		wenn ja, wie viele ?	und seit wann ? ca.
Amalgamfüllungen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Kunststofffüllungen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Zementfüllungen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Gold-Inlays ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Kunststoff-Inlays ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Keramik-Inlays ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Zahnimplantate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Kunststoff-Kronen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Gold-Kronen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Metall-Keramik-Kronen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Vollkeramik-Kronen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Teilprothese mit Metall ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Teilprothese ohne Metall ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Vollprothese mit Metall ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Vollprothese ohne Metall ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Implantate ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Kombinationsversorgung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
Aufbißschiene ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....
sonstiges ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	.....	.....

Symptome

	immer	oft	selten	seit wann ?
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räusperdrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippaler Infekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zungenbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speichelfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salziger Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitterer Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallischer Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundwinkelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferknochenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen:

Unterschrift