



Raucherfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben im Anamnesebogen bzw. -gespräch angegeben, dass Sie Tabak- bzw. Nikotinprodukte konsumieren. Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen zu Ihrem Rauchverhalten. Auf Seite zwei finden Sie weitere Erläuterungen, weshalb wir Ihnen diese Fragen stellen müssen.



Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.		Bitte entsprechend ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen.	
Patient: Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/>		Vorname, Name	geb. am
Konsumieren Sie Zigaretten, E-Zigaretten oder andere Tabakprodukte?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wie viel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?	Anzahl Zigaretten:	<input type="radio"/>	
	Anzahl Zigarren / Zigarillo:	<input type="radio"/>	
	Anzahl Pfeife:	<input type="radio"/>	
	Anzahl Sonstige (Wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	
Nutzen Sie alternative Tabakprodukte?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	E- Zigaretten (mit oder ohne Nikotin, Geschmackstoffen, sonstigen Zusätzen)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Tabakerhitzer	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Wasserpfeife / Shisha	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Andere (wenn ja welche?)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen?		Lebensjahr _____	
Wie viele Jahre haben Sie in Ihrem Leben insgesamt geraucht?		(Längere Unterbrechungen bitte einrechnen). _____ Jahre	
Wie viele Raucher leben ohne Sie in Ihrem Haushalt?			
Wird an Ihrem Arbeitsplatz geraucht?		Ich arbeite aktuell nicht: <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Haben Sie früher bereits Tabakentwöhnungsversuche unternommen?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wenn ja:		<input type="radio"/>	
Anzahl bisheriger Versuche:		<input type="radio"/>	
Zurücklegen des letzten Entwöhnungsversuches (Monate)		<input type="radio"/>	
Dauer des letzten Abstinenzfolges (Monate)		<input type="radio"/>	
Haben Sie Unterstützung bei Ihren bisherigen Entwöhnungsversuchen erhalten bzw. genutzt?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wenn ja:		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Verhaltenstherapeutisches Entwöhnungsprogramm (Gesprächstherapie)		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Nikotinersatzpräparate (Nikotinkaugummi, -pflaster, -spray)		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Handyapp		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Rauchen erhöht wissenschaftlich erwiesen das Risiko für:

- Parodontitis (Zahnbettentzündung)
- schlechtere Mundschleimhaut und Wundheilung
- Zahnverlust und Knochenrückgang
- Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen bzw. Operationen
- Komplikationen bei Implantationen und Knochenaufbau
- Krebs im Mund- und Rachenraum
- Mundgeruch und Geschmacksstörungen

Was wir als Zahnarztpraxis beachten müssen:

Da bei Rauchern das Risiko von Misserfolgen deutlich erhöht ist, kann es sein, dass

- bestimmte Behandlungen nur mit therapeutischen Einschränkungen möglich sind
- nur unter Vorbehalt durchgeführt werden
- an strengere Nachsorge gebunden sind
- gar nicht empfohlen werden, wenn das Risiko den Nutzen überwiegt

Wir beraten Sie deshalb gezielt und transparent zu Behandlungsalternativen und können Ihnen auf Wunsch einleitende Hinweise zur Raucherentwöhnung geben um Ihre Mundgesundheit langfristig besser zu schützen und Sie zu Unterstützen, durch professionelle Hilfe rauch- und nikotinfrei zu werden.

Bestätigung der Aufklärung

- Ich wurde verständlich über die Risiken des Rauchens in Bezug auf meine zahnärztliche Behandlung aufgeklärt.
- Ich habe verstanden, dass mein Rauchverhalten den Erfolg bestimmter Behandlungen beeinträchtigen oder sogar verhindern kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Rauchverhalten bei der Therapieplanung berücksichtigt wird.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen zu den oben gemachten Angaben unverzüglich mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____