

Gesundheitsfragebogen für Studierende der Zahnmedizin

Der Zahnarztberuf stellt hohe Anforderungen an die Gesundheit. Manche Gesundheitsprobleme lassen sich sehr schlecht mit diesem Beruf vereinen, andere sind mit einigen wenigen Hinweisen zu beseitigen. Der hier vorliegende Fragebogen bezweckt Informationen über Ihren Gesundheitsstatus zu erhalten, insofern diese für den Verlauf Ihres Studiums so relevant sind, dass Sie Ihren Beruf später ohne Gesundheitsschäden ausüben können.

Die Ergebnisse dienen zur Erkenntnisfindung, vor allem dazu, dass Sie sich – wenn sich auffällige Resultate ergeben – entsprechend fachärztlich beraten lassen können.

Ihr Geschlecht männlich weiblich

Ihr Alter Jahre

Fragen in Bezug zum Sehvermögen	nein	ja
1. Haben Sie Sehbeschwerden (sogar wenn Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen)? Falls ja, beim Nahesehen? beim Weitsehen ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Sind Ihre Augen oft ermüdet oder „brennen“ Sie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie oft Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Probleme mit stereoskopischem – mit beiden Augen – Sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie ein „müdes Auge“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie wegen Schielen operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie sich je eine andere Augenoperation oder Laserbehandlung unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Falls Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, wie stark ist/sind sie? Links Rechts		

Fragen Ihrer Haut betreffend	nein	ja
9. Sind Sie überempfindlich/allergisch? Falls ja, haben Sie dabei Probleme mit Ihrer - Haut bspw. Ausschlag, Jucken - Nase bspw. „laufende“ Nase - Atmung bspw. Atemnot, Kribbelhusten Wofür sind Sie überempfindlich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Haben Sie Ekzem an den Händen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie andere Hauterkrankungen an den Händen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie als Kind atopisches Ekzem gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie eine „empfindliche“ Haut, trockene Haut oder schnell Hautrisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschwerden des Haltungs- und Bewegungsapparates betreffend	nein	ja
14. Haben Sie regelmäßig Schmerzen oder ein Gefühl von Steifheit in den oberen Gliedmaßen? Falls ja, - im Schulter? - im Oberarm? - im Ellbogen? - im Unterarm? - im Pulsgelenk? - in der Hand oder in den Fingern? Wie oft treten diese Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Haben Sie regelmäßig Schmerzen oder ein Gefühl von Steifheit in den unteren Gliedmaßen? Falls ja, - in der Hüfte? - im Oberschenkel? - im Knie? - im Unterschenkel? - im Fußgelenk? - im Fuß oder in den Zehen? Wie oft treten diese Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Haben Sie regelmäßig Schmerzen oder ein Gefühl von Steifheit im Nacken? Wenn ja, - zieht es „irgendwohin“? Wie oft treten diese Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Haben Sie regelmäßig Schmerzen oder ein Gefühl von Steifheit im Rücken? Falls ja, - in der Rückenmitte? - in der Lendengegend? - zieht es „irgendwohin“? Wie oft treten diese Beschwerden auf?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Haben Sie sich jemals einer Behandlung unterzogen oder haben Sie jemals länger als 2 Wochen Beschwerden gehabt durch eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Symptome? - Muskel- oder Gelenkbeschwerden? - Lang anhaltende Nacken- oder Rückenbeschwerden? - Überarbeitung? - Nervöse Beschwerden? Falls ja, um welche Beschwerden/Symptome hat es sich gehandelt, wie lange haben diese gedauert/dauern sie schon, wer hat Sie behandelt/behandelt Sie zurzeit (bitte Fachdisziplin nennen), mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Nehmen Sie Medikamente, die das Reaktionsvermögen beeinflussen? Falls ja, welche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Allgemeine Fragen:	nein	ja
20. Wie groß sind Sie und wie schwer?cm,kg		
21. Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gibt es Gesundheitsprobleme physischer oder psychischer Art, die nicht in dieser Fragenliste erörtert wurden, von denen Sie sich aber fragen, ob diese für Ihre spätere Berufsausübung oder bspw. für den Abschluss von Versicherungen von Bedeutung sein könnten? Falls ja, welche (vergleichen Sie bitte einige Beispiele aus der hier beigelegten Liste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beispiele möglicher Probleme im Studium und während der späteren Berufsausübung

- Sportarten mit großem Verletzungsrisiko an den Händen, Pulsgelenken, Armen oder Schultern sind für eine(n) Zahnärztin/Zahnarzt weniger geeignet. Dazu gehören Boxen, Rugby und andere Kontaktsportarten.
- Diabetes mellitus, Morbus Crohn und andere chronische Erkrankungen können ein Problem für den späteren Abschluss bspw. einer Arbeitsunfähigkeitsversicherung darstellen.
- Eine Körperlänge größer als 195 cm für Männer oder kleiner als 156 cm für Frauen macht es praktisch unmöglich, um mit den momentan im Handel befindlichen Behandlungsplätzen eine gesunde, nicht gesundheitsschädigende Arbeitshaltung einzunehmen.
- Hypermobilität (über extrem bewegliche Gelenke zu verfügen) vergrößert die Chance für Überbelastung der Gelenke in den Händen und Pulsgelenken und verringert die Kontrolle über die Feinmotorik (falls Sie daran zweifeln, ob Sie solche Gelenke haben, bitte im Formular ankreuzen).
- Ein großer Bauch- oder Brustumfang kann zu einer überbelasteten Arbeitshaltung veranlassen, weil der Abstand zum Behandlungsgebiet in der Mundhöhle des Patienten sich vergrößert. Durch einen zu großen Bauch- und/oder Brustumfang wird man gezwungen, sich nach vorne zu beugen, um gut in den Mund des Patienten sehen zu können. Dies verursacht Überbelastung in den Muskeln und führt so zu frühzeitiger ungesunder Ermüdung.