



Zahnärztliche Anamnese

Name/Vorname : _____

Alter: _____

Wer hat uns empfohlen: _____

Wer hat Sie überwiesen: _____

Wie würden Sie Ihre Mundgesundheit einstufen:
excellent _____ gut _____ befriedigend _____ schlecht _____

Ihr vorheriger Zahnarzt: _____

Wie lange waren Sie dort Patient:
Monate/Jahre: _____

Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung: _____

Datum der letzten zahnärztlichen Röntgenuntersuchung: _____

Datum der letzten Zahnbehandlung
(andere als Mundhygienemaßnahmen): _____

Gewöhnlich sehe ich meinen Zahnarzt:

alle 3 Mon. _____

4 Mon. _____

6 Mon. _____

12 Mon. _____

nicht _____

routinemäßig _____

Was ist Ihr aktuelles Anliegen:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit Ja oder Nein (bitte ankreuzen)

Persönliche zahnärztliche Erfahrungen: Ja Nein

1. Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung: Ja Nein

Wie ängstlich sind Sie auf einer Skala von 1 keine bis 10 extreme Angst

Meine Einschätzung: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Haben Sie negative zahnärztliche Behandlungen erfahren: Ja Nein

3. Hatten Sie vorübergehende oder anhaltende Komplikationen nach einer zahnärztlichen Behandlung: Ja Nein

4. Wurde bei örtlicher Betäubung der Bereich an dem die Behandlung erfolgen sollte nicht taub oder hatten Sie irgendwelche Reaktionen auf die Lokalanästhesie: Ja Nein

5. Hatten Sie eine Zahnspange, kieferorthopädische Behandlungen oder wurde Ihr „Biss“ korrigiert: Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter: _____

6. Wurden bei Ihnen Zähne entfernt, waren fehlende Zähne nicht angelegt oder haben Sie Zähne durch eine Verletzung oder ein Gesichtstrauma verloren: Ja Nein

Zahnfleisch und Knochen:

7. Blutet Ihr Zahnfleisch oder schmerzt es beim Zähneputzen, oder wenn Sie Zahnseide/-floss anwenden: Ja Nein

8. Putzen Sie Ihre Zähne öfter als einmal am Tag: Ja Nein

9. Verwenden Sie zusätzlich zum Zähneputzen Zahnseide/-floss: Ja Nein

10. Verwenden Sie täglich Zahnseide/-floss Ja Nein

11. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitistherapie durchgeführt oder wurde Ihnen gesagt, dass an Ihren Zähnen Knochenverlust stattgefunden hat:

Ja Nein

12. Haben Sie jemals Mundgeruch oder einen schlechten Geschmack in Ihrem Mund festgestellt: Ja Nein

13. Gibt es in Ihrer Familie jemanden, der an einer Parodontalerkrankung leidet oder gelitten hat: Ja Nein

14. Haben Sie bei sich Zahnfleischrückgang festgestellt: Ja Nein

15. Haben Sie bei sich Zahnlockerungen festgestellt (ohne das eine Verletzung oder Gewalteinwirkung vorlag) oder haben Sie Schwierigkeiten einen Apfel zu essen: Ja Nein

16. Hatten Sie schon einmal ein Brennen oder Schmerzen in Ihrem Mund, die nicht mit den Zähnen in Verbindung zu bringen waren: Ja Nein

Zahnsubstanz:

17. Hatten Sie irgendwelche Löcher/Einbrüche an den Zähnen in den letzten drei Jahren: Ja Nein

18. Hat sich die Menge Ihres Speichel reduziert oder haben Sie Probleme beim Schlucken Ihrer Nahrung: Ja Nein

19. Fühlen Sie oder sehen Sie irgendwelche Löcher auf der Kaufläche Ihrer Zähne: Ja Nein

20. Reagieren irgendwelche Zähne auf heiß, kalt, süß, sauer oder schmerzt irgendein Zahn beim Zubeißen oder vermeiden Sie das Zähneputzen in bestimmten Bereichen in Ihrem Mund: Ja Nein

21. Haben Sie Kerben oder Rillen an Ihren Zähnen in der Nähe des Zahnfleischrandes bemerkt: Ja Nein

22. Ist Ihnen jemals ein Zahn abgebrochen/gesplittert, hatten Sie Zahnschmerzen oder eine herausgebrochene Füllung: Ja Nein

23. Bleiben Ihnen regelmäßig Speisereste zwischen bestimmten Zähnen hängen: Ja Nein

Kieferrelation und Kiefergelenk

24. Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? Schmerzen, Geräusche, Knacken, eingeschränkte Mundöffnung: Ja Nein

25. Wenn Sie auf die hinteren Zähne beißen, haben Sie dann das Gefühl, dass der Unterkiefer nach hinten gedrückt wird: Ja Nein

26. Vermeiden Sie harte Nahrung zu kauen wie z. B. Brotrinde, Karotten, Nüsse oder Kaugummi: Ja Nein

27. Haben sich Ihre Zähne in den letzten fünf Jahren verändert? Wurden Sie kürzer, dünner oder haben sie sich stärker abgenutzt oder hat sich Ihr Biss verändert: Ja Nein

28. Schieben sich Ihre Zähne stärker übereinander: Ja Nein

29. Bemerkten Sie, dass sich Lücken zwischen Ihren Zähnen bilden oder dass sie sich lockern: Ja Nein

30. Passen Ihre Zähne beim Zubeißen nicht richtig zusammen oder müssen Sie fester zubeißen, drücken oder zur Seite schieben, damit die Zähne zusammen passen: Ja Nein

31. Schieben Sie öfter die Zunge zwischen die Zähne/Zahnreihen: Ja Nein
32. Haben Sie bestimmte Gewohnheiten wie Fingernägelkauen oder Eiswürfelkauen: Ja Nein
33. Pressen oder knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen: Ja Nein
34. Haben Sie Schlafprobleme? Wachen Sie mit Kopfschmerzen oder empfindlichen Zähnen auf: Ja Nein
35. Tragen Sie nachts eine Aufbiß-/Knirscherschiene oder hatten Sie schon mal eine: Ja Nein

Kennzeichen Ihres Lächelns:

36. Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, dass Sie ändern möchten (Form, Farbe, Größe)?: Ja Nein
37. Haben Sie jemals ihre Zähne aufhellen lassen (Bleaching): Ja Nein
38. Möchten Sie Ihre Zähne gerne aufhellen: Ja Nein
39. Fühlen Sie sich unwohl oder gehemmt durch das Erscheinungsbild Ihrer Zähne: Ja Nein
40. Wurden Sie jemals von dem Behandlungsergebnis früherer zahnärztlicher Maßnahmen enttäuscht: Ja Nein

In Bezug auf Funktion oder Ästhetik:

41. Sind Sie daran interessiert Ihre Zähne ein Leben lang zu erhalten, und möchten Sie wissen wie das funktionieren kann: Ja Nein
42. Kennen Sie unser Prophylaxeprogramm „Mundgesundheitsinspektion“: Ja Nein

Unterschrift des Patienten und Datum:

Unterschrift des behandelnden Zahnarztes und Datum:
