

# Anamnesebogen - Zahnmedizinische Vorgeschichte

NAME			VORNAME					
ALTER			ÜBERWIESEN/	ÜBERWIESEN/EMPFOHLEN VON				
WIE LANGE WAREN SIE I	BEI IHREM LETZTEN ZAI	HNARZT PATIENT:IN?						
DATUM DER LETZTEN ZA	AHNUNTERSUCHUNG:							
DATUM DER LETZTEN RÖ	ÖNTGENAUFNAHMEN:							
DATUM DER LETZTEN Z/	AHNBEHANDLUNG (NIC	CHT ZAHNREINIGUNG):						
ICH GEHE REGELMÄSSIG ZUM ZAHNARZT ALLE:			WIE BEURTEILE	WIE BEURTEILEN SIE IHRE ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT?				
3 Monate	4 Monate	6 Monate	gut	mittelmäßig	schlecht			
12 Monate	nicht regelmäß	ig						
WAS IST IHR PERSÖNLIC	CHES ANLIEGEN AN UN	S?						
BITTE BEANTWORTEN S	IE DIE FOLGENDEN FRA	GEN MIT JA ODER NEIN:						
PERSÖNLICHE	E VORGESCHI	CHTE •••				JA	NEIN	
Haben Sie Angst vo 1 (am geringsten) k		Behandlungen? Schätz en) ein:	en Sie Ihre Angst	auf einer Skala von				
Haben Sie bereits	schlechte Erfahru	ngen bei einer Zahnbe	handlung gemacht	?				

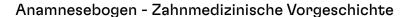
Hatten Sie schon einmal eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Neueinstellung Ihres Bisses, z.B. durch Zahnersatz?

Hatten Sie in der Vergangenheit Komplikationen während bzw. nach einer Zahnbehandlung

Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Betäubung oder erlebten Nebenwirkungen eines

Wurden Ihnen in der Vergangenheit Zähne bzw. Zahnimplantate entfernt?

Lokalanästhetikums?





### ZAHNFLEISCH UND KIEFERKNOCHEN •••

JA NEIN

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder Schmerzen beim Reinigen mit Zahnbürste oder Zahnseide?

Bemerken Sie Schwellungen oder empfindliche Bereiche an Ihrem Zahnfleisch?

Wurden Sie schon einmal aufgrund einer Zahnfleischerkrankung (Parodontitis) behandelt oder wurde bei Ihnen Abbau des Kieferknochens festgestellt?

Bemerken Sie unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund?

Ist Ihnen bekannt ob eines Ihrer Familienmitglieder an Parodontitis erkrankt ist?

Stellen Sie in Ihrem Mund Zahnfleischrückgang bzw. länger werdende Zähne fest?

Stellen Sie an einzelnen Ihrer Zähne Lockerung fest oder haben Sie Schwierigkeitenin einen Apfel zu beißen?

Verspüren Sie manchmal brennende Beschwerden im Mund oder auf der Zunge?

### ZAHNSTRUKTUR •••

JA NEIN

Wurde an Ihren Zähnen während der vergangenen 3 Jahre neue Karies festgestellt?

Haben Sie das Gefühl, zu wenig Speichel im Mund zu haben oder haben Sie Probleme beim Schlucken?

Bemerken Sie Löcher, Hohlräume oder scharfe Kanten auf Ihrer Zahnoberfläche? Spüren Sie Rillen/Kerben knapp oberhalb Ihres Zahnfleischrandes?

Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf heiße, kalte oder süße Speisen bzw. beim Zubeißen?

Vermeiden Sie bestimmte Speisen oder Getränke?

Bleiben regelmäßig Speisereste zwischen Ihren Zähnen zurück?

Vermeiden Sie, bestimmte Bereiche Ihres Mundes mit der Zahnbürste zu reinigen?

Sind Ihnen in der Vergangenheit Zähne oder Füllungen abgebrochen?

Hatten Sie schon einmal Zahnschmerzen?



## Anamnesebogen - Zahnmedizinische Vorgeschichte

#### BISS UND KIEFERGELENK •••

JA NEIN

Haben Sie Probleme mit Ihren Kiefergelenken? (Schmerzen, Geräusche, eingeschränkte Mundöffnung, Kieferklemme, Knacken) Rechts, Links oder beidseitig?

Vermeiden Sie bzw. haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen von Kaugummi, Nüssen, hartem Brot oder ähnlichen Nahrungsmitteln?

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen fest zusammengebissen?

Haben Sie verschiedene Schlussbisspositionen? Bewegen Sie Ihren Unterkiefer bewusst in eine Richtung, damit Ihre Zähne aufeinanderpassen?

Liegt Ihre Zunge zwischen den Zähnen oder drückt Ihre Zunge von innen gegen die Zähne wenn Sie den Biss schließen?

Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer oder dünner geworden bzw. sehen abgenutzt aus?

Bemerken Sie zunehmende Schiefstellung, Engstand oder Überlappung Ihrer Zähne?

Haben Sie Angewohnheiten wie Fingernägelkauen oder halten Gegenstände, z.B. einen Stift, gewohnheitsmäßig zwischen den Zähnen?

Knirschen bzw. pressen Sie tagsüber mit den Zähnen oder verursachen sich anderweitig Zahnschmerzen?

Haben Sie Schlafprobleme (z.B. Ruhelosigkeit)? Wachen Sie mit Kopfschmerzen oder Zahn-/Kieferbeschwerden auf?

Haben Sie Probleme durch Schnarchen oder Schlafapnoe?

DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENT:IN

Tragen Sie derzeit oder haben Sie diesbezüglich je eine Schiene getragen?

AUSSEHEN •••	JA NEII
Gefällt Ihnen Ihr Lächeln? Bewerten Sie bitte zwischen 1 (gar nicht) und 10 (traumhaft).	
Lächeln Sie gern und unbeschwert auf Fotos oder in Gesellschaft?	
Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, dass Sie gerne ändern würden?	
Haben Sie schon einmal Ihre Zähne aufgehellt (gebleicht)?	
Sind Sie mit dem Aussehen früherer Zahnbehandlungen unzufrieden?	

DATUM, UNTERSCHRIFT ZAHNARZT