

NAME

VORNAME

ALTER

ÜBERWIESEN/EMPFOHLEN VON

WIE LANGE WAREN SIE BEI IHREM LETZTEN ZAHNARZT PATIENT:IN?

DATUM DER LETZTEN ZAHNUNTERSUCHUNG:

DATUM DER LETZTEN RÖNTGENAUFNAHMEN:

DATUM DER LETZTEN ZAHNBEHANDLUNG (NICHT ZAHNREINIGUNG):

ICH GEHE REGELMÄSSIG ZUM ZAHNARZT ALLE:

WIE BEURTEILEN SIE IHRE ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT?

3 Monate

4 Monate

6 Monate

gut

mittelmäßig

schlecht

12 Monate

nicht regelmäßig

WAS IST IHR PERSÖNLICHES ANLIEGEN AN UNS?

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN MIT JA ODER NEIN:

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE ● ● ●

JA NEIN

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? Schätzen Sie Ihre Angst auf einer Skala von 1 (am geringsten) bis 10 (am stärksten) ein: _____

Haben Sie bereits schlechte Erfahrungen bei einer Zahnbehandlung gemacht?

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

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

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

Wurden Ihnen in der Vergangenheit Zähne bzw. Zahnimplantate entfernt?

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 Schwierigkeiten in 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?

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 zusammenzubeißen?

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?

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

AUSSEHEN ●●●

JA NEIN

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 PATIENT:IN

DATUM, UNTERSCHRIFT ZAHNARZT
