

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Überwiesen/Empfohlen von: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wie lange waren Sie dort Patient? _____ Monate/Jahre

Wie würden Sie den Zustand Ihres Mundes einschätzen ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht?

Datum der letzten zahnärztlichen Behandlung/ Untersuchung? _____

Welches unmittelbare Anliegen haben Sie? _____

BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN MIT JA ODER NEIN:

JA NEIN

Persönliche Vorgeschichte

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 01. Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? von 1(wenig) bis 10 (sehr) ____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 02. Hatten Sie jemals eine negative Erfahrung beim Zahnarzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 03. Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Komplikationen nach einer zahnärztlichen Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 04. Ist es je vorgekommen, dass die Betäubung nicht gewirkt hat oder Sie negativ auf die Betäubung reagiert haben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 05. Hatten Sie jemals eine Zahnspange bzw. eine kieferorthopädische Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 06. Wurden in der Vergangenheit irgendwelche Zähne entfernt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zahnfleisch und Knochen

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 07. Blutet ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide verwenden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 08. Sind Sie je wegen Parodontose behandelt worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 09. Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch im Mund festgestellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die schon einmal eine Parodontose hatten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Ist bei Ihnen das Zahnfleisch jemals zurückgegangen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Haben sich die Zähne je von selbst gelockert, ohne dass Sie eine Verletzung hatten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Haben Sie jemals ein Brennen in Ihrem Mund verspürt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zahnstruktur

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 14. Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken der Nahrung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Spüren oder bemerken Sie irgendwelche Löcher auf der Bissoberfläche Ihrer Zähne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heißes, kaltes, scharfes, süßes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Haben Sie Rillen oder Kerben auf den Zähnen in der Nähe des Zahnfleischrandes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Haben Sie jemals Zahnschmerzen, einen abgebrochenen Zahn, eine herausgefallene Füllung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Bleiben Ihnen Speisen zwischen den Zähnen hängen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Biss und Kiefergelenk

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 21. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Schmerzen, Knacken, Mundöffnung)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Wenn Sie zubeißen, haben Sie dann das Gefühl, dass der Unterkiefer nach hinten gedrückt wird? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Haben Sie Probleme oder vermeiden Sie harte Nahrung zu kauen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert, wurden sie dünner, kürzer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Bemerkten Sie, dass sich die Zähne übereinander schieben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Bemerkten Sie, dass sich Lücken zwischen den Zähnen bilden oder dass die Zähne locker werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Passen Ihre Zähne beim Zubeißen nicht richtig zusammen oder müssen Sie fester zubeißen, damit sie zusammen passen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Bemerkten Sie, dass Sie öfters die Zunge zwischen die Zähne schieben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Haben Sie bestimmte Gewohnheiten wie Fingernägel kauen, Eiswürfel kauen, Gegenstände mit den Zähnen halten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Beißen Sie tagsüber auf die Zähne, knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Haben Sie Schlafprobleme oder wachen Sie mir schmerzenden oder empfindlichen Zähnen auf? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Tragen Sie nachts eine Biss-Schiene oder hatten Sie schon einmal eine Biss-Schiene? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ästhetik

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 33. Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Waren Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne nach einer zahnmedizinischen Behandlung in der Vergangenheit schon einmal enttäuscht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Ihre Daten

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon berufl.: _____ Email: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

gesetzlich privat mitversichert freiwillig versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Hausarzt: _____

Haben Sie einen gesetzlich bestellten Betreuer? _____

Medizinische Vorgeschichte

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Behandelnder Arzt: _____

Wenn ja, wegen: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie überempfindlich (allergisch) auf bestimmte Medikamente
oder sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Ja, ich reagiere empfindlich auf: _____

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Gelenk-Rheumatismus Lebererkrankung Herz-Kreislaufkrankung

Tuberkulose Epileptische Anfälle Diabetes

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, Aids, etc.)? ja nein

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Rauchgewohnheiten

Rauchen Sie zurzeit? ja nein

Haben Sie jemals geraucht? ja nein

Im welchem Alter haben Sie angefangen regelmäßig zu rauchen? Mit ____ Jahren

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie regelmäßig? Seit ____ Jahren

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? _____

Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören? ja nein