

ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Vorname _____ Nachname _____ Alter _____
Überwiesen von _____ Wie bewerten Sie den Zustand Ihres Mundes? Ausgezeichnet Gut Mittelmäßig Schlecht
Vorheriger Zahnarzt _____ Wie lange waren Sie Patient? _____ Monate/Jahre
Datum der letzten Zahnuntersuchung ____/____/____ Datum der letzten Röntgenaufnahmen ____/____/____
Datum der letzten Behandlung (nicht Zahnreinigung) ____/____/____
Ich gehe regelmäßig zum Zahnarzt alle: 3 Monate 4 Monate 6 Monate 12 Monate Nicht regelmäßig

WAS IST IHR UNMITTELBARES ANLIEGEN? _____

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN MIT JA ODER NEIN:

JA NEIN

PERSÖNLICHE VORGESCHICHTE

1. Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen? Schätzen Sie Ihre Angst auf einer Skala von 1 (am geringsten) bis 10 (am stärksten) ein. []
2. Hatten Sie schon einmal eine schlechte Erfahrung bei einer Zahnbehandlung? _____
3. Hatten Sie in der Vergangenheit Komplikationen bei einer Zahnbehandlung? _____
4. Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Betäubung oder Nebenwirkungen mit einem örtlichen Betäubungsmittel? _____
5. Hatten Sie schon einmal eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Bissstellung? _____
6. Wurden Ihnen schon einmal Zähne gezogen? _____

ZAHNFLEISCH UND KNOCHEN

7. Haben Sie Zahnfleischbluten oder Schmerzen beim Reinigen mit Zahnbürste oder Zahnseide? _____
8. Wurden Sie schon einmal aufgrund einer Zahnfleischerkrankung behandelt oder wurde Ihnen gesagt, dass Sie Knochenschwund an den Zähnen haben?
9. Haben Sie schon einmal einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund bemerkt? _____
10. Haben Sie ein Familienmitglied mit einer Vorgeschichte von Parodontalerkrankungen? _____
11. Ist bei Ihnen schon einmal ein Zahnfleischrückgang aufgetreten? _____
12. Haben sich bei Ihnen in der Vergangenheit Zähne allein (ohne eine Verletzung) gelockert oder haben Sie Schwierigkeiten, einen Apfel zu essen?
13. Verspüren Sie manchmal ein Brennen im Mund? _____

ZAHNSTRUKTUR

14. Hatten Sie in den vergangenen 3 Jahren Karies? _____
15. Denken Sie, dass Sie zu wenig Speichel im Mund haben oder haben Sie Schluckprobleme beim Essen? _____
16. Spüren bzw. bemerken Sie Löcher (z. B. Mulden, Krater) an den Kauflächen Ihrer Zähne? _____
17. Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf heiße, kalte oder süße Speisen bzw. auf beißen? Vermeiden Sie es, bestimmte Bereiche Ihres Mundes mit der Zahnbürste zu putzen?
18. Haben Sie Rillen oder Kerben an den Zähnen am Zahnfleischrand? _____
19. Haben Sie schon einmal einen Zahn abgebrochen oder anderweitig beschädigt? Hatten Sie schon einmal Zahnschmerzen oder eine defekte Füllung?
20. Bleiben bei Ihnen regelmäßig Speisereste zwischen den Zähnen zurück? _____

BISS UND KIEFERGELENK

21. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? (Schmerzen, Geräusche, eingeschränkte Öffnung, Kieferklemme, Knacken) _____
22. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Unterkiefer nach hinten gedrückt wird, wenn Sie die Zähne zusammenbeißen? _____
23. Vermeiden Sie bzw. haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen von Kaugummi, Karotten, Nüssen, Brötchen und Brot, Müsliriegeln oder anderen harten, trockenen Nahrungsmitteln?
24. Haben sich Ihre Zähne in den vergangenen 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer oder dünner geworden oder sind sie abgenutzt? _____
25. Werden Ihre Zähne immer schiefer, enger stehend oder überlappend? _____
26. Entwickeln sich zwischen Ihren Zähnen Lücken oder werden Ihre Zähne lockerer? _____
27. Haben Sie verschiedene Bissstellungen? Drücken oder bewegen Sie den Kiefer, damit die Zahnreihen übereinander passen? _____
28. Legen Sie die Zunge zwischen die Zähne oder drückt die Zunge gegen Ihre Zähne, wenn Sie den Biss schließen? _____
29. Kauen Sie Eiswürfel, beißen Sie die Fingernägel, halten Sie Gegenstände mit den Zähnen oder haben Sie andere orale Angewohnheiten? _____
30. Knirschen Sie tagsüber mit den Zähnen oder verursachen Sie sich anderweitig Zahnschmerzen? _____
31. Haben Sie Schlafprobleme (z. B. Ruhelosigkeit), wachen Sie mit Kopfschmerzen oder Zahnproblemen auf? _____
32. Tragen Sie derzeit oder haben Sie je einen Gebissapparat getragen? _____

AUSSEHEN

33. Gibt es etwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern würden? _____
34. Haben Sie schon einmal Ihre Zähne aufgehellt (gebleicht)? _____
35. Haben Sie sich schon einmal wegen des Aussehens Ihrer Zähne geschämt? _____
36. Sind Sie mit dem Aussehen früherer Zahnbehandlungen unzufrieden? _____

Unterschrift des Patienten _____ Datum _____

Unterschrift des Arztes _____ Datum _____