

## Herzlich Willkommen!

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese) zur Erarbeitung Ihres individuellen Risikoprofils. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Mobil-Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Bitte halten Sie sich an die vereinbarten Termine! Sollten Sie verhindert sein, ist eine rechtzeitige Absage (24h vorher) erforderlich, sonst kann Ihnen die ausgefallene Zeit in Rechnung gestellt werden.

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Wird die Krankenversichertenkarte/der Krankenschein nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine Privatberechnung.

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse bei \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_

Private Krankenkasse bei \_\_\_\_\_

vollversichert  Basistarif  Anspruch auf Beihilfe

### GRUND IHRES BESUCHS

1. Kontrolluntersuchung  ja  nein

2. Zahnschmerzen  ja  nein

3. Zahnfleischbluten, -rückgang  ja  nein

4. Migräne/Kopf-/Nackenschmerzen  ja  nein

5. Kiefergelenkbeschwerden  ja  nein

6. Knirschen  ja  nein

7. Mundgeruch  ja  nein

8. Wünschen Sie nur eine  ja  nein

Schmerzbehandlung?

9. Sonstiges: \_\_\_\_\_

### BERATUNGSWUNSCH

Keramikfüllungen  Amalgamsanierung

Weiße Zähne (Bleaching)  Schnarchen

Kieferorthopädie (KFO)  Ernährungsfragen

Implantatversorgung  Schönheitsmakel

Zahnästhetik  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie Ihre letzte professionelle Zahnreinigung (keine Zahnsteinentfernung)?

Monat/Jahr \_\_\_\_\_  regelmäßig (alle 3 Mon.)

noch nie gehabt  regelmäßig (alle 6 Mon.)

weiß nicht, unregelmäßig  regelmäßig (alle 12 Mon.)

### SIE SIND UNS WICHTIG

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen?

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Behandlung in

Lokaler Anästhesie  Sedierung  Vollnarkose

Leiden Sie an einem starken Würgereiz?

ja  nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Überweisung durch: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Zeitung: \_\_\_\_\_

Branchenverzeichnis: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an einem Recall teilnehmen (Erinnerung an die nächste Vorsorgeuntersuchung/Prophylaxe etc.)?

ja  nein  schriftlich  per E-Mail

Kontakt: \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_



# Medizinische Vorgeschichte

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

Letzte ärztliche Untersuchung \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?  ausgezeichnet  gut  mittelmäßig  schlecht

**HABEN/ERHALTEN SIE DERZEIT ODER HATTEN/ERHIELTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT:**

JA NEIN

JA NEIN

- |   |  |
|---|--|
| 1. Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit oder Verletzung _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                | 27. Arthritis _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 2. Allergische Reaktion auf _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 28. Autoimmunkrankheit _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol, Codein  | (z. B. rheumatoide Arthritis, Lupus, Sklerodermie)   |
| <input type="checkbox"/> Penicillin   | 29. Glaukom _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Erythromycin   | 30. Kontaktlinsen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Tetracyclin  | 31. Kopf- oder Nackenverletzungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Sulfonamide  | 32. Epilepsie, Schüttelanfälle (Krämpfe) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetikum  | 33. Neurologische Störungen (ADS/ADHS, Prionkrankheit) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Fluorid  | 34. Virale Infektionen und Fieberbläschen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Metalle (Nickel, Gold, Silber, _____)  | 35. Geschwüre oder Schwellungen im Mund _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Latex  | 36. Nesselsucht, Hautausschlag, Heuschnupfen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  | 37. Übertragbare Infektionen od. Krankh./humane Papillomviren _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 3. Herzprobleme od. kardialen Stent innerh. d. vergangenen 6 Mon. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>       | 38. Hepatitis (Typ _____) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 4. Vorgeschichte einer infektiösen Endokarditis _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                         | 39. HIV/AIDS _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 5. Künstliche Herzklappe, reparierten Herzdefekt (PFO) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                  | 40. Tumor, abnorme Wucherung _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 6. Herzschrittmacher oder implantierten Defibrillator _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   | 41. Bestrahlungstherapie _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 7. Orthopädisches Implantat (Gelenkersatz) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                              | 42. Chemotherapie, Immunsuppressiva _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 8. Rheumatisches Fieber oder Scharlach _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                  | 43. Emotionale Schwierigkeiten _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 9. Hohen oder niedrigen Blutdruck _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                       | 44. Psychiatrische Behandlung _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 10. Schlaganfall (Einnahme von Blutverdünnern) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | 45. Antidepressiva _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 11. Anämie oder andere Blutkrankheit _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    | 46. regelmäßiger Alkohol-/Drogenkonsum _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 12. Verlängerte Blutungszeit bei einer kleinen Verletzung (INR > 3,5) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <b>WEITERE ANGABEN:</b>  |
| 13. Emphysem, Kurzatmigkeit, Sarkoidose _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                 | 47. Sind Sie derzeit aufgrund einer and. Erkrankung in Behandlung? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 14. Tuberkulose, Masern, Windpocken _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                     | 48. Ist Ihnen in den vergangenen 24 Stunden eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes aufgefallen? (z. B. Fieber, Schüttelfrost, neu auftretender Husten oder Durchfall) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Asthma _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 49. Nehmen Sie Medikamente zur Gewichtskontrolle ein? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 16. Atem- od. Schlafprobleme (z. B. Schlafapnoe, Schnarchen, Sinusitis) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 50. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 17. Nierenkrankheit _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 51. Fühlen Sie sich oft erschöpft oder müde? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 18. Leberkrankheit _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 52. Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Kopfschmerzen? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 19. Gelbsucht _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 53. Rauchen Sie derzeit, haben Sie früher geraucht oder verwenden Sie rauchlose Tabakprodukte? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 20. Schilddrüsen- od. Nebenschilddrüsenkrank. od. Kalziummangel _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>         | 54. Sind Sie sehr empfindlich/sensibel? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 21. Hormonmangel _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 55. Sind Sie oft unglücklich oder deprimiert? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 22. Hohen Cholesterinspiegel oder Einnahme von Statinen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                 | 56. WEIBLICH – Nehmen Sie Empfängnisverhütungsmittel ein? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 23. Diabetes (HbA1c = _____) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 57. WEIBLICH – Sind Sie schwanger? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 24. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                 | 58. MÄNNLICH – Haben Sie eine Prostatastörung? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 25. Verdauungsprobleme (z. B. Zöliakie, gastrischer Reflux) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             |  |
| 26. Osteoporose/Osteopenie (Einnahme von Bisphosphonaten) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>               |  |

Nennen Sie eine derzeitige medizinische Behandlung, bevorstehende Operation, genetische/entwicklungsbedingte Verzögerung oder sonstige Behandlung, die möglicherweise Auswirkungen auf Ihre zahnmedizinische Behandlung haben könnte. (i.e. Botox-, Kollageninjektionen)

Führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitaminpräparate auf, die Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre eingenommen haben.

Präparat	Grund	Präparat	Grund
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**BITTE INFORMIEREN SIE UNS ÜBER ALLE ZUKÜNFTIGEN ÄNDERUNGEN IHRER MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE UND ALLE MEDIKAMENTE, DIE SIE EINNEHMEN.**

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_





# Zahnmedizinische Vorgeschichte

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
 Überwiesen von \_\_\_\_\_ Wie bewerten Sie den Zustand Ihres Mundes?  Ausgezeichnet  Gut  Mittelmäßig  Schlecht  
 Vorheriger Zahnarzt \_\_\_\_\_ Wie lange waren Sie Patient? \_\_\_\_\_ Monate/Jahre  
 Letzte zahnärztliche Untersuchung \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Datum der letzten Röntgenaufnahmen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Letzte zahnärztliche 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 Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Bisseinstellung? \_\_\_\_\_
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 – außer nach dem Aufstehen – 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 eine Schiene 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 unwohl gefühlt? \_\_\_\_\_
36. Sind Sie mit dem Aussehen früherer Zahnbehandlungen unzufrieden? \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_