

ZAHNMEDIZINISCHE INFORMATION

Ihre persönlichen Daten

Name: _____ geboren _____ **Mitversicherter:** (Kind, Ehegatte) _____
 Vorname: _____ Fon _____
 Wohnort, PLZ: _____ Fax _____ Name: _____
 Straße: _____ Mobil _____ Vorname: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Allgemein orientierende Anamnese

Wie wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam? _____
 Von wem wurden Sie überwiesen? _____
 Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung? _____
 Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Bereich geröntgt? _____
 Haben Sie einen Röntgenpass? _____

Prophylaxe

ja nein Wurde in der Vergangenheit regelmäßig (1/4-jährlich) bei Ihnen Zahnstein entfernt?
 ja nein Wurden in der Vergangenheit Ihre Zähne von einer Dental-Hygienikerin regelmäßig professionell gereinigt u. poliert?
 Wenn ja, wie regelmäßig?
 v1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich
 Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?
 1-2 mal 2-3 mal nach jeder Mahlzeit
 ja nein Benutzen Sie Zahnseide zum Reinigen der Zähne?
 Wenn ja, wie oft?
 1-2 mal/W. 2-4 mal/W. täglich
 ja nein Benutzen Sie andere Hilfsmittel für die Zahnpflege?
 Wenn ja, welche
 Floss Munddusche Zahnhölzer

Falls einer der letzten drei Punkte zutrifft ...

ja nein Beschwerden bei Mundöffnung?
 ja nein Kieferklemme oder Kiefersperre?
 ja nein Beschwerden, wenn Sie den Unterkiefer bewegen?
 ja nein Beschwerden im Bereich des seitlichen Gesichts?
 ja nein Ermüden Ihre Kaumuskel leicht?
 ja nein Fühlt sich Ihr Unterkiefer morgens steif und verspannt an?
 ja nein Fühlt sich Ihr Unterkiefer steif und verspannt an, wenn Sie ihn bewegen?
 ja nein Hat sich Ihr Biss verändert?
 ja nein Haben Sie eine bevorzugte Kauseite?
 ja nein Knirschen oder pressen Sie auf Ihren Zähnen?
 ja nein Kauen Sie Kaugummi?
 ja nein Trinken Sie koffeinhaltige Getränke wie Cola, Kaffee, Tee?

Zahnmedizinische Anamnese

ja nein Haben Sie zur Zeit Schmerzen?
 ja nein Wünschen Sie für die Behandlung grundsätzlich eine Anästhesie (Betäubung)?
 ja nein Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? (Zahnregulierung)
 ja nein Sind Sie schon einmal mit einer Biss-schiene behandelt worden?
 ja nein Unfall / Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?
 ja nein Kieferchirurgische Behandlungen?
 ja nein Parodontal- (Zahnfleisch) Behandlung?
 Wenn ja, wie oft? 1 mal 2 mal mehrmals
 ja nein Fangen sich leicht Speisereste zwischen Ihren Zähnen?
 ja nein Haben Sie Zahnfleischbluten bemerkt?
 ja nein Haben Sie Zahnlockerung bemerkt?
 ja nein Zurückliegender Zahnverlust durch Zahnlockerung?
 ja nein Schmerzhaftes Schwellen in der Mundhöhle?
 ja nein Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke?
 ja nein Haben Sie ein Kiefergelenksknacken festgestellt?
 ja nein Haben Sie Kopfschmerzen?

Zahnärztliche Schlafanamnese

Mit der so Epworth-Schläfrigkeitsskala kann das Schlafapnoe-Risiko voreingeschätzt werden. Dieser wissenschaftlich anerkannte Test liefert erste Hinweise darüber, ob eine schlafbezogene Atmungsstörung vorliegt. Generell geht es bei jeder Frage um die persönliche Einschätzung, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie in den beschriebenen Situationen einnicken oder sogar einschlafen.

0.1 0.2 0.3 0.4 Im Sitzen Lesen
 0.1 0.2 0.3 0.4 Beim Fernsehen
 0.1 0.2 0.3 0.4 Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)
 0.1 0.2 0.3 0.4 Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt
 0.1 0.2 0.3 0.4 Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen
 0.1 0.2 0.3 0.4 Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten
 0.1 0.2 0.3 0.4 Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen
 0.1 0.2 0.3 0.4 Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt eine Minute anhalten müssen

Frankfurt am Main, den _____ Unterschrift _____



Änderung: 12.06.2018	Geprüft: JA I	Freigabe: JA
von: Dr. Andreas Kullmann	von: Dr. Andreas Kullmann	von: Dr. Andreas Kullmann