



Liebe Patientin, lieber Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.
Bei einer gründlichen Untersuchung beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen das gesamte Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein. Ebenso ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand von Wichtigkeit.

ZAHNÄRZTE
Christoph Dallinger
Carla Birke
Sabine Güth-Thiel
www. saarzahn.de

Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie dabei bitte jedwede eigene Interpretation der Fragen. Haben oder hatten Sie Beschwerden - wie in der Frage angesprochen - kreuzen Sie bitte immer „ja“ oder „nein“ an.

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Wie würden Sie den Zustand Ihres Mundes einschätzen?

ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

Letzter Zahnarzt _____ Wie lange waren Sie Patient? _____ Monate / Jahre

Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung ____/____/____

Datum der letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich ____/____/____

Datum der letzten Behandlung (außer Zahnreinigung) ____/____/____

Ich besuche meinen Zahnarzt alle: 3 Monate 4 Monate 6 Monate 12 Monate Nicht regelmäßig

Welches unmittelbare Problem haben Sie? _____

Beantworten Sie folgende Fragen mit Ja oder Nein:

Persönliche Vorgeschichte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Skala von 1 (wenig) bis 10 (sehr)	<input type="checkbox"/>				
Hatten Sie eine negative Erfahrung beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>				
Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Komplikationen nach einer zahnärztlichen Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
Ist es je vorgekommen, dass die Betäubung nicht gewirkt hat oder Sie negativ auf die Lokalanästhesie reagiert haben?	<input type="checkbox"/>				
Hatten Sie jemals eine Zahnsperre, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde Ihr Biss korrigiert?	<input type="checkbox"/>				
Wurden Ihnen Zähne entfernt?	<input type="checkbox"/>				

Charakteristika beim Lächeln:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt (gebleicht)?	<input type="checkbox"/>				
Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?	<input type="checkbox"/>				
Waren Sie mit dem Aussehen nach einer zahnmedizinischen Behandlung in der Vergangenheit schon einmal enttäuscht?	<input type="checkbox"/>				

Biss und Kiefergelenk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	nein
Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer, dünner geworden oder haben sie sich abgenutzt?	<input type="checkbox"/>				
Haben sich im Laufe der Zeit Zahnlücken entwickelt?	<input type="checkbox"/>				
Beißen Sie Ihre Nägel, verwenden Sie Ihre Zähne um Gegenstände zu halten oder haben Sie irgendwelche sonstigen Gewohnheiten mit Ihrem Mund?	<input type="checkbox"/>				
Beißen Sie Ihre Zähne tagsüber zusammen oder verursachen sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Schlafprobleme oder Schmerzen bezüglich Ihrer Zähne beim Aufwachen?	<input type="checkbox"/>				
Tragen Sie eine Knirscher-Schiene oder haben Sie jemals eine getragen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	<input type="checkbox"/>				
Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?	<input type="checkbox"/>				
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>				
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	<input type="checkbox"/>				
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Auf welcher Seite? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrbereich? Auf welcher Seite? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/>				
Leiden Sie an Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig	<input type="checkbox"/>				
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? <input type="checkbox"/> Kopfbereich <input type="checkbox"/> Nackenbereich <input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/>				



Zahnstruktur:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ja	nein
Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?	<input type="checkbox"/>				
Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken von Nahrung?	<input type="checkbox"/>				
Spüren oder bemerken Sie irgendwelche Löcher auf der Bissoberfläche Ihrer Zähne?	<input type="checkbox"/>				
Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, Druck, süß oder vermeiden Sie es, irgendeinen Teil Ihres Mundes zu putzen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie Rillen oder Kerben auf den Zähnen in der Nähe des Zahnfleischrandes (Zahnhsals)?	<input type="checkbox"/>				
Hatten Sie jemals eine gerissene oder gebrochene Füllung oder einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn?	<input type="checkbox"/>				
Bleiben Ihnen oft Speisen zwischen den Zähnen hängen?	<input type="checkbox"/>				

Zahnfleisch und Knochen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ja	nein
Schmerzt oder blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide benutzen?	<input type="checkbox"/>				
Sind Sie schon einmal wegen Parodontose behandelt worden oder hat man je von Knochenschwund um die Zähne gesprochen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt?	<input type="checkbox"/>				
Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer Parodontose in der Vorgeschichte?	<input type="checkbox"/>				
Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen oder haben Sie den Eindruck, dass Ihre Zähne länger werden?	<input type="checkbox"/>				
Haben sich Zähne je von selbst gelockert oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie jemals ein Brennen in Ihrem Mund verspürt?	<input type="checkbox"/>				
Leiden Sie an Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>				

Anmerkungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopfbereich oder Nacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermuten Sie eine ernste Störung oder Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen? Wenn ja, welche?		

Unterschrift des Patienten

Datum

Unterschrift des Arztes

Datum

Mein Hausarzt:	Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Name:	
Straße:	
Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	

Weitere aktuellen Behandlungen	
Grund / Art der Behandlung	Mein Facharzt (Name und Ort)

Wie schätzen sie Ihre allgemeine Gesundheit ein? ausgezeichnet gut mittelmäßig schlecht

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Herz / Kreislauf:	ja	nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gefäße:	ja	nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemwege / Lunge:	ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenblähung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leber:	ja	nein
Lebervverhärtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettleber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nieren:	ja	nein
Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Magen / Darm:	ja	nein
Geschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten:	ja	nein
Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sklettsystem:	ja	nein
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nerven / Gemüt:	ja	nein
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimie / Abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Augen:	ja	nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starke Einschränkung der Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blut:	ja	nein
Gerinnungsstörungen -bei sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blaue Flecken schon nach leichten Berührungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbluten im Anschluss an Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunschwäche:	ja	nein
Einnahme von Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-positiv / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwangerschaft:	ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswoche		

Allergien:	ja	nein
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knochen:	ja	nein
Wurden bzw. werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen welcher Erkrankung?		
Wann?		
Mit welchem Präparat?		

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nikotin / Alkohol:	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel durchschnittlich?		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel durchschnittlich?		

Gerinnungshemmende Medikamente	ja	nein		
	kürzlich	dauerhaft		
Aspirin / ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ticlopidin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:				

Regelmäßige Medikamente	ja	nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Antibabypille“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgen:	ja	nein
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Hinweise: