

## ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

### Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen.

1. Waren sie innerhalb der letzten 3 Jahre regelmäßig beim Zahnarzt?      Weiß nicht      Ja       Nein
2. Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_
3. Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?
- Zahnschmerzen?      Ja       Nein
- Schmerzen in der Kau-/ Kiefermuskulatur      Ja       Nein
- Schmerzen im Ohrenbereich?      Ja       Nein
- Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren, Kiefergelenk?      Ja       Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?      Ja       Nein
- Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen?      Ja       Nein
- Sonstiges \_\_\_\_\_
4. Sind bei Ihnen Zähne entfernt worden?      Ja       Nein
- Wenn ja, wann sind die Zähne entfernt worden? \_\_\_\_\_
- Wenn ja, warum wurden die Zähne entfernt? \_\_\_\_\_
5. Sind bei Ihnen Füllungen vorhanden?      Weiß nicht       Ja       Nein
- Wenn ja, wie alt sind die Füllungen? \_\_\_\_\_
- Wenn ja, wie bewerten Sie die Füllungen?      Sehr gut       Gut       Mittel       Schlecht       ?
6. Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden?      Ja       Nein
- Festsitzende Krone/n und/oder Brücke/n      - oben rechts  links  – unten rechts  links
- Implantat/e (künstl. Zahnwurzel)      - oben rechts  links  – unten rechts  links
- Herausnehmbarer Teil-/Prothesen      - oben       - unten
- Wenn ja, wie alt ist der Zahnersatz? \_\_\_\_\_
- Wenn ja, wie bewerten Sie den Zahnersatz?      Sehr gut      Gut      Mittel       Schlecht       ?
- Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben, tragen Sie ihn  
immer       nur tagsüber       nur zum Essen       selten       nie
7. Sind Sie der Meinung, über die Pflege Ihrer Zähne bzw. Ihres Zahnersatzes  
ausreichend informiert zu sein?      Ja       Nein
- Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel?      Ja       Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Haben Sie Zahnfleischbluten?      Ja       Nein
- Wenn ja,      selten       mittel       häufig
- Beobachten Sie Lockerungen einzelner oder mehrerer Zähne?      Ja       Nein
- Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches?      Ja       Nein
- Haben Sie freiliegende od. empfindliche Zahnhälsen?      Ja       Nein
- Sind Ihnen in letzter Zeit Veränderungen an den Lippen, der Zunge oder  
der Mundschleimhaut aufgefallen (auch Schleimhautbrennen)?      Ja       Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift