



ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

(Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!)

1.1 Waren Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig
beim Zahnarzt? Weiß nicht Ja Nein

1.2 Wann war der letzte Zahnarztbesuch?.....

1.3 Was ist der Anlaß für den heutigen Zahnarztbesuch?.....
.....
.....

1.4 Haben Sie Zahnschmerzen? Ja Nein

2.1 Haben Sie Schmerzen in der Kau-/ Kiefermuskulatur? Ja Nein

2.2 Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich (Kiefergelenke)? Ja Nein

2.3 Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren (Kiefergelenke)? Ja Nein

2.4 Können Sie den Mund ungestört weit öffnen? Ja Nein

2.5 Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen? Ja Nein

2.6 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

3.1 Sind bei Ihnen Zähne entfernt worden? Ja Nein

3.2 Wenn ja, wann sind die Zähne entfernt worden?.....

3.3 Wenn ja, warum sind die Zähne entfernt worden?.....

4.1 Sind bei Ihnen Füllungen vorhanden? Ja Nein

4.2 Wenn ja, wie alt sind die vorhandenen Füllungen?.....

4.3 Wenn ja, wie bewerten Sie die Füllungen?.....

5.1 Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden? Ja Nein

Krone, Brücke Ja Nein

herausnehmbare Teilprothese Ja Nein

Totalprothese Ja Nein

Implantat (künstliche Zahnwurzel) Ja Nein

5.2 Wenn ja, wie alt ist der Zahnersatz?.....

5.3 Wenn ja, wie bewerten Sie den Zahnersatz?.....
.....
.....

5.4 Wenn Sie herausnehmbaren Zahnersatz haben, tragen Sie ihn
immer nur tagsüber nur zum Essen selten oder nie



ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

6.1 Sind Sie der Meinung, über die Pflege Ihrer Zähne bzw. Ihres Zahnersatzes ausreichend informiert zu sein? Weiß nicht Ja Nein

6.2 Benutzen Sie neben der Zahnbürste noch andere Hilfsmittel zur Zahnpflege? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....
.....

7.1 Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein
Wenn ja: Selten Häufig

7.2 Beobachten Sie Lockerungen einzelner oder mehrerer Zähne? Ja Nein

7.3 Beobachten Sie ein Zurückweichen des Zahnfleisches an einzelnen oder mehrerer Zähnen? Ja Nein

7.4 Haben Sie freiliegende und /oder empfindliche Zahnhälse? Ja Nein

7.5 Sind Ihnen in der letzten Zeit Veränderungen an den Lippen oder den Mundschleimhäuten, bzw. der Zunge aufgefallen (auch Schleimhautbrennen)? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....
.....

Anamnese zu Rauchgewohnheiten

Rauchen Sie?

Ja Nein Nicht mehr (Seit.....Jahren)

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?.....

Wenn ja, was rauchen Sie?.....

Wenn ja, wie viel rauchen Sie pro Tag?.....

Bitte fragen Sie, wenn der Anamnesebogen etwaige Unklarheiten enthält.

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten