

Angaben zu Ihren Zähnen und Zahnbehandlungen
- Spezielle zahnärztliche Anamnese -

Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, des Kiefergelenkes und der Kaumuskulatur können Auswirkungen auf den gesamten Organismus des menschlichen Körpers haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu vorausgegangenen Behandlungen, akuten Beschwerden, und dem aktuellen Zustand Ihrer Zähne, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte **vorhandene Behandlungsunterlagen** wie z. B. Ihren Allergie-Pass, Röntgenbilder usw. zu Ihrem ersten Termin mit. Vielen Dank!

Ihre speziellen Wünsche an die Behandlung (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Ich wünsche eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
- Ich möchte genauestens über jeden Behandlungsschritt informiert sein
- Ich möchte so wenig wie möglich davon wissen
- Ich leide unter Zahnarztphobie (ANGST)
- Ich möchte nur mit örtlicher Betäubung behandelt werden oder
- nur nach vorheriger Absprache bei schmerzhaften Eingriffen eine Betäubung

Ihre letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung/Behandlung

- Besitzen Sie ein Bonusheft?
 - Nein Ja
- Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung?
Bei wem? (Name, Stadtbezirk).....
- Wurden Sie bei dieser Kontrolluntersuchung auch geröntgt?
- Wurden bei der letzten Kontrolluntersuchung Auffälligkeiten an den Zähnen, Zahnfleisch oder Kiefergelenk festgestellt?
 - Nein Ja, und zwar: Zähne Zahnhalteapparat/Zahnfleisch Kiefergelenk / Funktion
 - Sonstiges:
- Wurde eine spezielle Therapie in Erwägung gezogen bzw. schriftlich ein Behandlungsplan erstellt?
 - Nein Ja
- Was waren die Gründe, warum die Weiterbehandlung nicht erfolgte?

Ihre vorausgegangenen zahnärztlichen Behandlungen

Nein Ja

- Wurden bei Ihnen **Kieferoperationen** (z. B.: Weisheitszahnentfernung, Implantate) durchgeführt?
- Hatten Sie als Kind eine Zahnspange, Klammer oder waren Sie sonst in **kieferorthopädischer Behandlung**?
Wenn ja, wann wurde die Behandlung abgeschlossen?
- Wurden Zähne überkront und/oder tragen Sie **Zahnersatz**?
Wenn ja, wann wurden zuletzt Kronen/Zahnersatz eingegliedert?.....
Gibt es Probleme damit.....
- Wurde bei Ihnen schon mal eine **Zahnfleischbehandlung** (Parodontitisbehandlung) durchgeführt?
- Haben Sie bisher an regelmässigen Prophylaxeprogrammen teilgenommen?
- Wurde bei Ihnen schon einmal speziell das **Kiefergelenk** mittels einer Funktionsanalyse untersucht?

CMD – Screening (Bitte nur zutreffendes ankreuzen)

- Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt?
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?
- Bemerken Sie Knackgeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes?
- Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?
- Haben Sie auch Verspannungen in der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit?

Folgende Unterlagen bringe ich zur Erstuntersuchung mit:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Bonusheft | <input type="radio"/> Allergiepass | <input type="radio"/> Röntgenpass | <input type="radio"/> Röntgenbilder | <input type="radio"/> Kiefergelenkstatus (CMD) |
| <input type="radio"/> Implantatpass | <input type="radio"/> Behandlungsplan | <input type="radio"/> Gutachten | <input type="radio"/> Parodontalstatus | <input type="radio"/> sonstiges |

Berlin, den

Unterschrift:

Berlin, den

Unterschrift: