

Diese Seite ist vom Patienten auszufüllen. Alle Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Allgemeine Anamnese

Ja / Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

1. Allergien (welche):.....		
2. Herz- & Kreislauferkrankungen.....		
3. Atemwegserkrankungen.....		
4. Zuckerkrankheit.....		
5. Blutgerinnungsstörungen (auch medikamentös bedingt).....		
6. Anfallsleiden.....		
7. Tumorerkrankungen.....		
8. Infektionskrankheiten.....		
9. Lebererkrankungen.....		
10. Nierenerkrankungen.....		
11. Grüner Star.....		
12. Rheumaerkrankung.....		
13. Sonstige Erkrankungen (welche).....		

Rauchen Sie? (Wieviel pro Tag? Seit wann?).....		
Besteht eine Schwangerschaft?.....		

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

.....
.....

Krankenhausaufenthalte (wann, weshalb?)

.....
.....

Zahnärztliche Anamnese

1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? (Wo?).....		
2. Haben sie Beschwerden am Zahnfleisch? (Welche?).....		
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? (Wodurch?).....		
4. Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?.....		
5. Waren Sie in letzter Zeit in zahnärztlicher Behandlung?.....		
Hauszahnarzt:.....		

Datum: _____

Unterschrift: _____

Befund und Behandlungsplan

Patientenname:	Geb. Dat.:	Pat. Nr.:
Adresse:	Allg. Befunde, CAVE:	
Telefon:	Medikamente:	
Datum, Untersucher:		

Spezielle Anamnese:

Kopf-, Halsregion: ☐ Traumata ☐ enossale Abszedierungen ☐ Zysten ☐ Tumoren ☐ chir. Eingriffe
☐ andere: _____

KfO-Behandlung: ☐ keine ☐ in Behandlung ☐ bereits abgeschlossene Behandlung
wenn ja: ☐ feststehend ☐ herausnehmbar Behandlungsdauer: _____

Pa-Anamnese: ☐ Gingivitis simplex ☐ Gingivitis ulcerosa ☐ Pa-Abszesse
☐ bisher keine Pa-Behandlung ☐ letzte Pa-Behandlung: _____

Zahnverlust: ☐ bisher kaum ☐ in früherer Zeit ☐ stetig ☐ erst in letzter Zeit
Ursachen: ☐ Trauma ☐ Parodontopathie ☐ Karies/Entzündungen
☐ durch KfO-Behandlung ☐ durch Nichtanlage

Parafunktionen: ☐ Knirschen ☐ Pressen ☐ sonstiges: _____

Status praesens

Allgemeinzustand: ☐ unauffällig ☐ reduziert
Extraoraler Sichtbefund: ☐ unauffällig ☐ Asymmetrien ☐ Abnormitäten
Extraoraler Sichtbefund: ☐ unauffällig ☐ Lymphknoten ☐ Muskulatur ☐ KG
 Erläuterungen: _____

Mundöffnung: SKD [mm]: _____ Mittellinienabw. des UK: ☐ keine ☐ rechts ☐ links

Interokklusaler Abstand [mm]: _____

Kiefergelenkgeräusche: ☐ keine ☐ rechts ☐ links

Auffälligkeiten der Schleimhäute: ☐ Lippen ☐ Zunge ☐ Wangen ☐ Gaumen ☐ Rachen

Erläuterungen: _____

Zunge: ☐ unauffällig ☐ vergrößert ☐ Verhärtungen/Knoten tastbar

Speichel: Konsistenz: ☐ normal ☐ mukös ☐ serös

Menge: ☐ keiner ☐ wenig ☐ normal ☐ viel

Parafunktionen: Impressionen an ☐ Wangen ☐ Lippen ☐ Zunge ☐ Schliffacetten

Habituelle Okklusion: Frontzahnbeziehung: vertikal (+/-)[mm]: _____ sagittal (+/-)[mm]: _____

Vorkontakte: in regio _____

Dynamische Okklusion: ☐ Front/Eckzahnführung ☐ Gruppenführung ☐ bilateral balanciert

Funktion: ☐ keine Auffälligkeiten ☐ Funktionsstatus ist erforderlich

Oraler Hygienezustand: ☐ gut ☐ reduziert ☐ schlecht

Mukogingivaler Befund: _____

prothetischer Befund																	
Knochenabbau > 2/3 WL																	
v = vertikal < 2/3 WL																	
h = horizontal < 1/3 WL																	
vestibulär SLI																	
Taschen [mm]; Sensibilität Blutung (roter Pkt. an Fläche)																	
Attachmentverlust [mm] Zahnbeweglichkeit																	
oral SLI																	
Karies (rot) Füllung/Krone (blau) Furkationsbefall (blau) überstehende Füllungen/ Kronen (rot) Wurzelfüllung Zahnwanderungen																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
oral SLI																	
Attachmentverlust [mm] Zahnbeweglichkeit																	
Taschen [mm]; Sensibilität Blutung (roter Pkt. an Fläche)																	
vestibulär SLI																	
Knochenabbau < 1/3 WL																	
V = vertikal < 2/3 WL																	
h = horizontal > 2/3 WL																	
prothetischer Befund																	
DMF/T	GPM/T			CPITN													

Endodontische Behandlungen:

Zahn	abgeschlossen am:	Zahn	abgeschlossen am:	Zahn	abgeschlossen am:

Röntgenbefunde:

Datum	Bildtyp	behandlungsrelevanter Befund

Eichnergruppe: ____

Beurteilung des vorhandenen Zahnersatzes:

Modellanalyse:

Diagnosen

- dental:

- parodontal:

- prothetisch:

- funktionell:

- röntgenographisch:

- sonstige:

Behandlungsplanung

- Medizinische Aufklärung

- Chir./KfO-Vorbehandlung

- Basistherapie

- Funktionstherapie

- systematische Pa-Behandlung

Deep Scaling

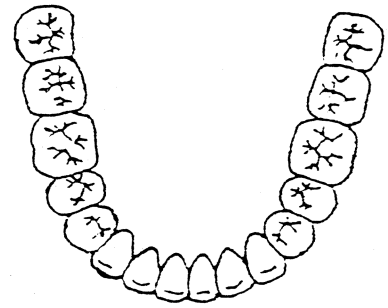
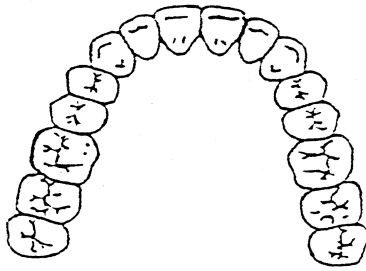
Chir. Therapie

- Füllungstherapie

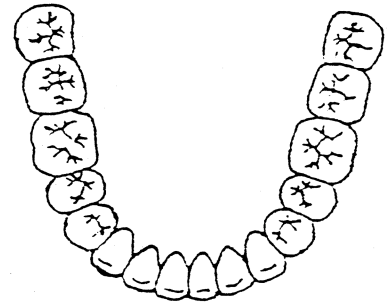
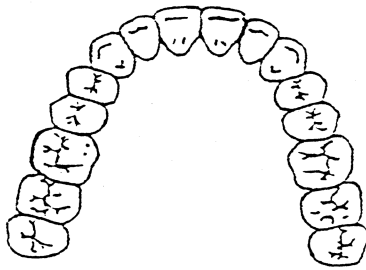
- Endodontie

Prothetische Therapieplanung

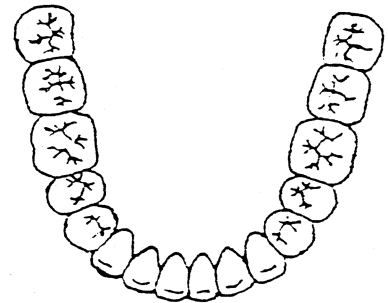
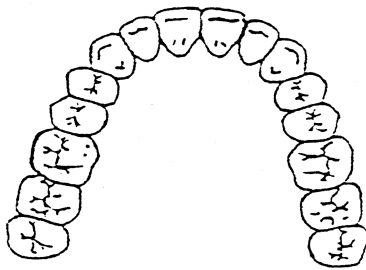
1. Therapieevorschlag



2. Therapieevorschlag



3. Endgültiger Therapieevorschlag



Farben: rot = Kunststoffbasis schwarz = Modelgussbasis/Klammern blau = festsitzender ZE
grün = Brückenzwischenlieder gelb = Verblendung

4. Detaillierte Beschreibung:

Unterschrift Kursassistent / Student

5. Behandlungsplanung (nur für proth. Therapie)

Sitzung	Behandlung	Labor
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

Testate

Befunde und Behandlungsplan

Zahnerhaltung:

Datum

Unterschrift

Parodontologie:

Datum

Unterschrift

Prothetik:

Datum

Unterschrift

Basistherapie ist abgeschlossen:

Datum

Unterschrift

Endtestat:

Datum

Unterschrift

Weiterbehandlung:

☐	Kurs
☐	Examen
☐	Assistent