

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie kompetent beraten und auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingehen. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit und beantworten Sie folgende Fragen, um Ihnen die Zahnbehandlung zukommen zu lassen, die zu Ihnen passt.

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Brückenbehandlung | <input type="checkbox"/> Einholung einer Zweitmeinung |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe (PZR) | <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung | [Bitte bringen Sie den Kostenvoranschlag |
| <input type="checkbox"/> Füllungen / Inlays | <input type="checkbox"/> Schmerz-/Notfallbehandlung | mit, damit wir ein vergleichbares Angebot |
| <input type="checkbox"/> Kronen | <input type="checkbox"/> Beratung über _____ | erstellen können.] |

Ich komme zu folgenden Sprechstunden

- Spezialsprechstunde Ästhetische Zahnmedizin
- Spezialsprechstunde Ästhetische Implantologie
- Spezialsprechstunde für Komplettsanierungen
- Spezialsprechstunde Zahnerhalt (Wurzelkanalbehandlung, Knochenregeneration, Kann man meinen Zahn erhalten?)

Haben Sie akute Schmerzen?

- ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kiefer- / Kiefergelenkschmerzen

Wie wichtig ist Ihnen ...

- ... die Langlebigkeit der Restaurationen?
 unwichtig wichtig sehr wichtig extrem wichtig
- ... die Ästhetik?
 unwichtig wichtig sehr wichtig extrem wichtig
- ... die Funktion des Zahnersatzes?
 unwichtig wichtig sehr wichtig extrem wichtig

Wie wichtig ist Ihnen die Nachhaltigkeit des Zahnersatzes?

Wie hoch ist Ihre Risikobereitschaft beim Zahnersatz?

...auf einer Skala von 1 (unwichtig / hohe Risikobereitschaft) bis 10 (extrem wichtig / niedrige Risikobereitschaft)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sind Sie an einer umfassenden Mundgesundheitsbehandlung interessiert, die hilft, Ihre Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten?

- ja nein

... zum Schluss

- | | |
|---|---|
| Sind Sie Angstpatient? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben oder hatten Sie Kiefergelenksprobleme (Schmerzen oder Knacken)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Rückgang des Zahnfleisches festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie lockere Zähne? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

wenn ja, wieviel? _____

- | | |
|---|---|
| Sind bereits Implantate vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, besitzen Sie einen Implantat-Pass? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Welche Dinge sind Ihnen beim Zahnarzt besonders wichtig? _____

Wie bewerten Sie Ihre subjektive Zahngesundheit auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (schlecht)? _____

Sie haben auf unserer Website die Möglichkeit sich über die Behandlungsoptionen zu informieren: Sie finden Skizzen Grafiken, teilweise finden Sie Animationsfilme zu den Behandlungen und Interviews, in denen wir Ihnen die Besonderheiten unserer Praxis vorstellen.

Ort, Datum

Unterschrift

