



GESUNDHEIT • FUNKTION • ÄSTHETIK • VERSORGUNGSZIEL

Anamnese & persönliches Versorgungsprofil

Für eine Versorgung, die nicht nur passt – sondern zu Ihnen passt.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Praxis / Behandler

Datum

Je besser wir Sie verstehen, desto gezielter kann Ihre Versorgung geplant werden.

01

Persönliche Angaben & Kontakt

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Beruf / Tätigkeit

Hausarzt / Facharzt – Name und Kontakt

Krankenversicherung / Zusatzversicherung (optional, falls für Praxisablauf benötigt)

Ihr heutiges Anliegen

Was führt Sie heute zu uns? Beschwerden, Wunsch oder konkretes Ziel

Ich wünsche eine umfassende Betrachtung meiner Mund- und Zahnsituation.

Im Vordergrund steht zunächst ein konkretes aktuelles Problem.

FORTSETZUNG

Anamnese & Versorgungsprofil

Ich wünsche eine Zweitmeinung / unabhängige Einordnung.

Ich plane neuen Zahnersatz oder die Erneuerung bestehenden Zahnersatzes.

Allgemeine medizinische Anamnese

Bitte geben Sie Erkrankungen auch dann an, wenn sie aktuell gut eingestellt sind. Für die Behandlungsplanung können Vorerkrankungen, Medikamente und frühere Komplikationen relevant sein.

Herz-Kreislauf-Erkrankung / Herzinfarkt / Rhythmusstörung	Ja	Nein
Bluthochdruck oder ausgeprägt niedriger Blutdruck	Ja	Nein
Herzschrittmacher / implantiertes elektronisches Gerät	Ja	Nein
Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe / frühere Endokarditis	Ja	Nein
Asthma / COPD / andere relevante Lungenerkrankung	Ja	Nein
Diabetes mellitus	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Lebererkrankung / Hepatitis	Ja	Nein
Nierenerkrankung / Dialyse	Ja	Nein
Rheumatische / Autoimmunerkrankung	Ja	Nein
Neurologische Erkrankung / Epilepsie	Ja	Nein
Tumorerkrankung / onkologische Behandlung	Ja	Nein
Relevante Infektionskrankheit	Ja	Nein
Immunschwäche / immunsuppressive Behandlung	Ja	Nein
Glaukom / erhöhter Augeninnendruck	Ja	Nein

Weitere Erkrankungen / Details / Jahr der Diagnose

Medikamente, Allergien & besondere Risiken

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell Medikamente?

Ja

Nein

Medikament / Wirkstoff – Dosierung – Einnahmegrund

--

Blutverdünnende / gerinnungshemmende Medikamente?

Ja

Nein

Welche?

--

Bisphosphonate, Denosumab oder andere knochenantiresorptive Medikamente – aktuell oder früher?

Ja

Nein

Präparat / Grund / seit wann bzw. wann zuletzt / Einnahme oder Infusion

--

Kortison / Steroide längerfristig oder hoch dosiert?

Ja

Nein

Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja

Nein

Welche? Medikamente, Latex, Metalle, Kunststoffe, Klebstoffe, sonstige

--

Blutgerinnungsstörung / ungewöhnlich starke oder lange Blutungen?

Ja

Nein

Gab es Komplikationen bei Operationen, Narkosen, Lokalanästhesien oder anderen Behandlungen?

Ja

Nein

Welche?

--

Operationen & besondere Behandlungssituationen

Größere Operationen / Krankenhausaufenthalte in der Vorgeschichte?

Ja

Nein

Welche / wann?

Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich?

Ja

Nein

Chemotherapie / zielgerichtete Tumorthherapie?

Ja

Nein

Organtransplantation?

Ja

Nein

Künstliche Gelenke / andere größere Implantate?

Ja

Nein

Besteht eine Schwangerschaft oder könnte eine bestehen?

Ja

Nein

Falls ja: Schwangerschaftswoche (optional)

Rauchen / Nikotinprodukte?

Ja

Nein

Art / Menge / seit wann

Regelmäßiger höherer Alkoholkonsum oder andere für die Behandlung relevante Substanzen?

Ja

Nein

Details, soweit für Ihre Behandlung relevant

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Haben Sie Angst oder ausgeprägtes Unbehagen vor Zahnbehandlungen?	Ja	Nein
Gab es Probleme mit örtlicher Betäubung?	Ja	Nein
Gab es verzögerte Wundheilung nach zahnärztlichen Eingriffen?	Ja	Nein
Gab es Probleme nach Zahnentfernungen / Operationen?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen Parodontitis / Zahnfleischerkrankung festgestellt?	Ja	Nein
Blutet Ihr Zahnfleisch regelmäßig?	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten Jahren häufig neue Karies?	Ja	Nein
Leiden Sie unter trockenem Mund?	Ja	Nein
Empfinden Sie Mundgeruch als Problem?	Ja	Nein
Sind Zähne stark kälte-, wärme- oder druckempfindlich?	Ja	Nein
Frühere umfangreiche Zahnbehandlungen / Sanierungen / besondere Erfahrungen		

Was hat bei bisherigen Behandlungen besonders gut oder schlecht funktioniert?

Zahnersatz, Implantate & Materialien

Kronen / Brücken vorhanden?	Ja	Nein
Implantate vorhanden?	Ja	Nein
Herausnehmbarer Teilzahnersatz vorhanden?	Ja	Nein
Vollprothese vorhanden?	Ja	Nein
Schiene / Retainer vorhanden?	Ja	Nein
Gab es Probleme mit Implantaten oder Zahnersatz?	Ja	Nein

Welche Versorgung? Alter, Material, Position, bekannte Hersteller/Implantatsysteme

Was stört Sie an Ihrem derzeitigen Zahnersatz? Sitz, Kauen, Sprache, Reinigung, Ästhetik, Druckstellen, Stabilität etc.

Materialerfahrungen

Metalle / metallhaltiger Zahnersatz – bekannte Unverträglichkeit oder schlechte Erfahrung?	Ja	Nein
Keramik / Zirkon / Glaskeramik – bekannte Unverträglichkeit oder schlechte Erfahrung?	Ja	Nein
Kunststoffe / Komposite / Prothesenkunststoffe – bekannte Unverträglichkeit oder schlechte Erfahrung?	Ja	Nein
Befestigungsmaterialien / Kleber – bekannte Unverträglichkeit oder schlechte Erfahrung?	Ja	Nein

Details

Funktion, Kiefergelenk & Muskulatur

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	Ja	Nein
Schmerzen oder Ermüdung der Kaumuskulatur?	Ja	Nein
Knacken / Reiben im Kiefergelenk?	Ja	Nein
Eingeschränkte Mundöffnung / Kieferblockaden?	Ja	Nein
Wiederkehrende Kopf-, Gesichts- oder Nackenschmerzen?	Ja	Nein
Fühlt sich Ihr Biss instabil oder einseitig an?	Ja	Nein
Kauen Sie überwiegend auf einer Seite?	Ja	Nein
Wurde starker Zahnabrieb / Zahnverschleiß festgestellt?	Ja	Nein
Tragen oder trugen Sie eine Aufbissschiene?	Ja	Nein

Details: seit wann, Häufigkeit, Auslöser, bisherige Therapie

Kauen

Welche Lebensmittel können Sie aktuell schlecht oder gar nicht kauen?

Atmung, Schlaf & Gewohnheiten

Schnarchen Sie regelmäßig?	Ja	Nein
Besteht eine diagnostizierte Schlafapnoe oder CPAP-Therapie?	Ja	Nein
Atmen Sie häufig durch den Mund?	Ja	Nein
Besteht Sodbrennen / Reflux?	Ja	Nein
Nägelkauen / Gegenstände zwischen den Zähnen / andere orale Gewohnheiten?	Ja	Nein
Betreiben Sie Kontakt-/Risikosport mit Relevanz für Zähne oder Zahnersatz?	Ja	Nein

Weitere Angaben

Mundhygiene & Erhaltungsstrategie

Prophylaxe

Keine regelmäßige professionelle Zahnreinigung

ca. 1 × jährlich

ca. 2 × jährlich

3-4 × jährlich / individuelles Intervall

Letzte professionelle Zahnreinigung / Parodontalnachsorge

Zu Hause

Elektrische Zahnbürste

Handzahnbürste

Zahnseide

Interdentalbürsten

Munddusche

Fluoridprodukte

Was fällt Ihnen bei der Reinigung schwer?

Für langlebigen Zahnersatz ist nicht nur das Material entscheidend. Reinigbarkeit, parodontale Situation, Belastung und die Bereitschaft zur Nachsorge gehören zur Versorgungsplanung.

Ästhetik & persönliches Lächeln

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik?

Sehr wichtig

Wichtig

Eher zweitrangig

Natürlichkeit wichtiger als Perfektion

Was gefällt Ihnen an Ihrem Lächeln bereits?

Was möchten Sie verändern? Farbe, Form, Länge, Stellung, Symmetrie, Zahnfleisch, Sichtbarkeit etc.

Ihre ästhetische Richtung

Natürlich / unauffällig

Frischer und harmonischer

Deutlich heller

Sehr gleichmäßig / präzise

Ich möchte beraten werden

Gibt es Fotos / frühere Situationen / Beispiele, die Ihnen gefallen?

Ihre Erwartungen an die Versorgung

Gute Versorgung entsteht nicht nur aus einem Befund. Entscheidend ist auch, was Ihnen im Alltag wichtig ist.

- Sicher und kräftig kauen können
- Hoher Tragekomfort
- Bestmögliche Ästhetik
- Natürliches Erscheinungsbild
- Möglichst festsitzende Versorgung
- Einfache Reinigbarkeit
- Langlebigkeit / Reparierbarkeit
- Materialverträglichkeit
- Möglichst wenige Termine / kurze Behandlungsdauer
- Planbare wirtschaftliche Lösung
- Möglichst viel eigene Zahnschubstanz erhalten

Welche drei Punkte sind für Sie persönlich am wichtigsten?

Was wäre für Sie ein Ergebnis, bei dem Sie sagen: Genau so habe ich mir das vorgestellt?

Was möchten Sie bei Ihrer Versorgung auf keinen Fall?

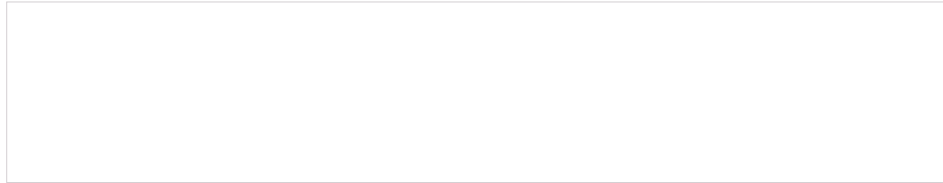
Beratung & Entscheidungsstil

Wie möchten Sie beraten werden?

- Kurz und auf die wesentlichen Optionen konzentriert
- Ausführlich mit Alternativen, Materialien und Hintergründen
- Mit Fotos, Scans, Simulationen oder Modellen
- Schrittweise – erst verstehen, dann entscheiden
- Einbindung des zahntechnischen Labors bei relevanten Versorgung

Besondere Beratung gewünscht zu

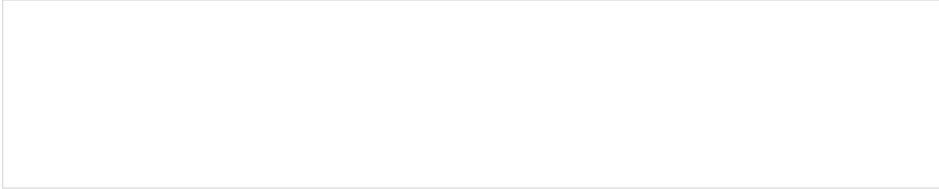
- Implantaten
- Festsitzendem / herausnehmbarem Zahnersatz
- Ästhetischen Korrekturen / Veneers
- Materialauswahl
- Funktion / Biss / Schienentherapie
- Parodontaler Stabilisierung
- Umfassender Gesamtsanierung
- Behandlung bei Angst / Sedierung / Narkose
- Weitere Wünsche / Fragen



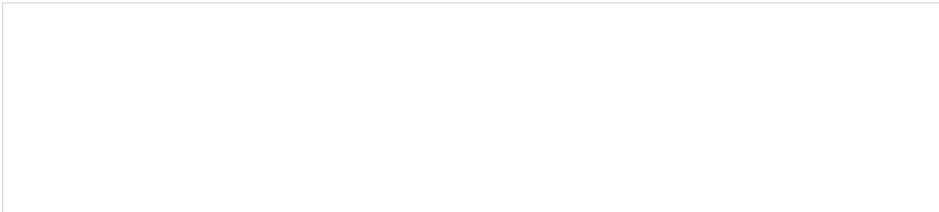
Behandler-/Laborprofil – interne Ergänzung

**Dieser Abschnitt wird durch die behandelnde Praxis ergänzt.
Patientenangaben ersetzen keinen klinischen Befund.**

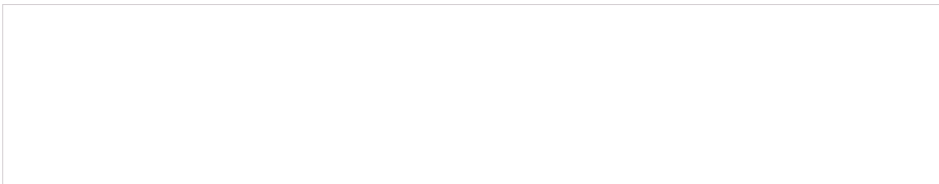
Relevante medizinische Risikofaktoren / Rücksprache erforderlich



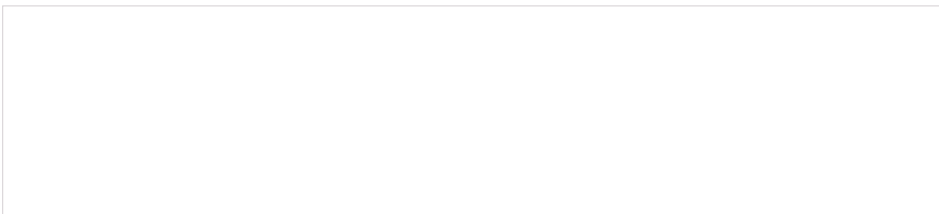
Parodontaler / kariologischer / endodontischer Status – Kurzbewertung



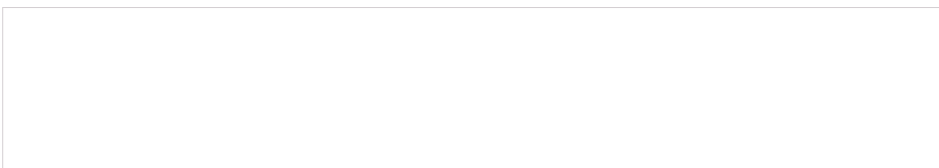
Funktion / Okklusion / CMD-relevante Beobachtungen



Prothetische Ausgangssituation / Pfeiler / Implantate / Platzverhältnisse



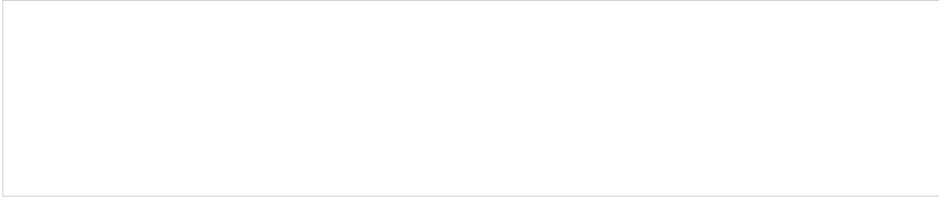
Ästhetische Ausgangssituation / Foto-/Scanreferenz



FORTSETZUNG

Anamnese & Versorgungsprofil

Material-/Konstruktionshinweise für das Labor



**Diese Seite kann separat an das Dentallabor übermittelt werden.
Der vollständige Anamnesebogen ist nicht zur Weitergabe an das Dentallabor bestimmt.**

Bestätigung & Aktualisierung

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bewusst, dass Änderungen meines Gesundheitszustands, meiner Medikamente, einer Schwangerschaft sowie neu festgestellte Allergien oder andere für die Behandlung relevante Veränderungen der behandelnden Praxis mitgeteilt werden sollten.

Dieser Bogen unterstützt die Anamnese und Versorgungsplanung. Er ersetzt weder das persönliche ärztliche Gespräch noch Untersuchung, Diagnose, Aufklärung oder individuelle Therapieentscheidung.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Bei gesetzlicher Vertretung: Name / Verhältnis

Aktualisierung

Änderungen seit letzter Anamnese / Datum

Weitere Aktualisierung / Datum

Datenschutzhinweis: Dieser Bogen enthält Gesundheitsdaten und ist entsprechend geschützt zu verarbeiten. Verantwortlichkeit, Rechtsgrundlage, Empfänger, Speicherdauer und Betroffenenrechte richten sich nach der Datenschutzhinweisinformation der behandelnden Stelle.

Ihre Bilder - einfach mitgeben

Digital oder auf Papier. Sie wählen den Weg, der für Sie am einfachsten ist.

Zwei einfache Möglichkeiten

DIGITAL

Geben Sie dieses PDF und Ihre Bilddateien gemeinsam an Ihre behandelnde Praxis weiter. Wenn möglich, benennen Sie die Dateien entsprechend der Bildnummern, zum Beispiel FD-01-Frueher.jpg.

AUF PAPIER

Drucken Sie den Bogen aus und kleben Sie Fotos in die vorgesehenen Flächen ein. Alternativ können Sie ausgedruckte Bilder nummeriert beilegen.

Keine Technikpflicht. Keine komplizierten Schritte.

Wenn Sie Dateinamen nicht ändern möchten, ist das kein Problem. Entscheidend ist nur, dass Ihr Behandler erkennen kann, welches Bild zu welcher Beschreibung gehört.

Das ausgefüllte Dokument und Ihre Bilder sind für Sie und Ihre behandelnde Praxis bestimmt. Finest Dental benötigt keine Kopie und keinen Einblick in diese medizinischen Angaben. Wenn Sie die Dateien selbst an eine Praxis oder andere Stelle übermitteln, erfolgt diese Übermittlung außerhalb von Finest Dental.

Hinweis: Bilder und Angaben dienen als Gesprächs- und Planungshilfe. Sie ersetzen keine Untersuchung, Diagnose, Aufklärung oder Therapieentscheidung durch den behandelnden Zahnarzt.

Früher - heute - mein Ziel

Drei Bilder können Ihre persönliche Ausgangssituation und Ihr Ziel schnell verständlich machen.

BILD 01 · FRÜHER

So sah mein Lächeln oder meine Zahnform früher aus.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 01 mitgeben

BILD 02 · HEUTE

So sieht meine aktuelle Situation aus.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 02 mitgeben

BILD 03 · MEIN ZIEL

So möchte ich wieder aussehen oder so wünsche ich mir die Wirkung.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 03 mitgeben

Was soll Ihr Behandler aus diesen Bildern unbedingt verstehen?

Was ist für Ihr persönliches Versorgungsziel besonders wichtig?

Das stört mich heute

Konkrete Stellen, Defekte oder Situationen - mit kurzer Erklärung.

BILD 04 · DETAIL / DEFECT

Zum Beispiel: gebrochener Zahn, Verfärbung,
Form, Stellung, Zahnfleisch oder Zahnersatz.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 04 mitgeben

BILD 05 · WEITERE PERSPEKTIVE

Eine zweite Stelle oder eine andere Ansicht.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 05 mitgeben

Was zeigt Bild 04 / was stört Sie?

Was zeigt Bild 05 / was stört Sie?

Worauf soll Ihr Behandler besonders achten?

Das gefällt mir - das möchte ich nicht

Referenzbilder machen ästhetische Wünsche und Grenzen konkreter.

BILD 06 · DAS GEFÄLLT MIR

Zahnform, Farbe, Lächeln oder Gesamtwirkung, die Ihnen gefällt.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 06 mitgeben

BILD 07 · DAS MÖCHTE ICH NICHT

Form, Farbe oder Wirkung, die Sie vermeiden möchten.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 07 mitgeben

Was genau gefällt Ihnen an Bild 06?

Was genau möchten Sie bei Bild 07 vermeiden?

Bei meinen Referenzen geht es besonders um:

Zahnform

Zahnlänge

Symmetrie

Zahnfleisch

Zahnfarbe

Zahnstellung

Lachlinie

Natürlichkeit

Weitere Bilder & Unterlagen

Nur das mitgeben, was für Ihre Behandlung und Planung sinnvoll sein kann.

BILD 08 · WEITERE AUFNAHME

Zusätzliches Foto oder andere Perspektive.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 08 mitgeben

BILD 09 · VORHANDENE UNTERLAGE

Zum Beispiel vorhandene Aufnahme, Scan oder andere Behandlungsunterlage.

BILD HIER EINKLEBEN

oder digital als Bild 09 mitgeben

Was soll Ihr Behandler zu Bild 08 / 09 wissen?

Vorhandene Röntgen- oder 3D-Aufnahmen können für Ihren Behandler hilfreich sein. Ob und welche Aufnahmen diagnostisch geeignet oder zusätzlich erforderlich sind, entscheidet ausschließlich die behandelnde Praxis.

BILDREGISTER

Welche Bilder gehören zu diesem Bogen?

Eine kurze Zuordnung genügt. Das Ausfüllen der Dateinamen ist freiwillig.

BILD 01	Früher	Dateiname (optional)	
BILD 02	Heute	Dateiname (optional)	
BILD 03	Mein Ziel	Dateiname (optional)	
BILD 04	Detail / Defekt	Dateiname (optional)	
BILD 05	Weitere Perspektive	Dateiname (optional)	
BILD 06	Das gefällt mir	Dateiname (optional)	
BILD 07	Das möchte ich nicht	Dateiname (optional)	
BILD 08	Weitere Aufnahme	Dateiname (optional)	
BILD 09	Vorhandene Unterlage	Dateiname (optional)	

Wenn Sie zusätzliche Bilder beilegen, nummerieren Sie einfach weiter: Bild 10, Bild 11 usw. Eine perfekte Benennung ist nicht erforderlich.

Zusätzliche Bilder / kurze Zuordnung

Warum dieses Dokument?

Gute Versorgung beginnt damit, den Menschen und sein Ziel zu verstehen.

Eine hochwertige zahnmedizinische Versorgung entsteht aus Befund, Funktion, Material, Erfahrung, Kommunikation und Ihren persönlichen Erwartungen. Dieses Versorgungsprofil hilft Ihnen, relevante Informationen strukturiert mit Ihrem Behandler zu teilen - unabhängig davon, ob dieser Partner von Finest Dental ist.

No More Random Dentistry.

finestdental.expert

Datenschutzhinweis: Diese PDF-Vorlage übermittelt beim lokalen Ausfüllen keine Angaben oder Bilder an Finest Dental. Sie entscheiden selbst, wem Sie das ausgefüllte Dokument und die zugehörigen Bilddateien übergeben.

Dieses Dokument ist eine Vorbereitungshilfe und keine medizinische Diagnose- oder Therapieempfehlung.