

SCHMERZANAMNESE

Seite 1

1. Hatten Sie irgendwann in der Vergangenheit Schmerzen an diesem Zahn?

Ja Nein

2. Haben Sie jetzt Schmerzen? (bei "Nein" gehen Sie bitte zu Frage #17)

Ja Nein

3. Wenn Sie jetzt Schmerzen haben, seit wann haben Sie diese?

1 Tag Tage 1 Woche Wochen Mehr als 3 Wochen

4. Wurden Sie in der letzten Nacht aufgrund dieser Schmerzen wach oder konnten Sie überhaupt nicht schlafen?

Ja Ja, und ich konnte die ganze Nacht nicht schlafen Nein Nein, dies war jedoch in der Vergangenheit der Fall

5. Können Sie den Zahn lokalisieren, welcher die Schmerzen verursacht?

Ja Nein Nicht sicher Es könnten mehrere Zähne sein

6. Strahlt der Schmerz in andere Bereiche des Kiefers oder Richtung Hals und Schultern aus?

Ja Nein Momentan nicht, aber in der Vergangenheit

7. Tritt der Schmerz spontan auf oder bedarf es eines Auslösers?

Ich habe spontane Schmerzen Es bedarf immer eines Stimulus zur Schmerzauslösung
 Ich habe im Augenblick keine spontanen Schmerzen, hatte diese aber in der Vergangenheit mit dem Zahn

8. a) Fühlen Sie eine Schwellung? b) Hatten Sie eine Schwellung? c) Haben Sie Fieber?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein

9. Wie würden Sie heute die Intensität Ihrer Schmerzen einstufen? (1=sehr gering und 10=unerträglich)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Haben Sie länger anhaltende Schmerzen (länger als ein paar Sekunden)?

Ja Nein Nein, aber in der Vergangenheit

11. Bitte kreuzen Sie die Art und Häufigkeit des Schmerzes an, welche Ihren Beschwerden am ehesten entsprechen:

(Kreuzen Sie alle zu Ihnen passenden Optionen an)

Scharf Dumpf Ausstrahlend Klopfend Wandern Anhaltend
 Aching Intermittierend Kurz anhaltend Nagend, quälend Unbeständig Einschließend
 Prickelnd Juckend Brennend Ausdehnend, in andere Regionen Nur beim Kauen oder Beißen

12. Reagiert der Zahn empfindlich auf Temperaturreize?

Nein, allerdings in der Vergangenheit Stärker auf Heiß als auf Kalt Stärker auf Kalt als auf Heiß
 Gleich auf Heiß und Kalt Weder noch Nicht sicher

13. Was lindert den Schmerz? (Kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an)

Nichts Kälte Wärme Massage Vicodin Aspirin
 Nichtsteroideale Entzündungshemmer (z.B. Ibuprofen) Ibuprofen Kodein Den Zahn nicht belasten
 Antibiotika Darvon/Darvocet Sonstiges: _____

SCHMERZANAMNESE

Seite 2

14. Schmerzt der Zahn auch wenn Sie ihn nicht belasten?

- Ja Nein Manchmal Nur bei ganz bestimmten Belastungen Im Augenblick nicht, aber in der Vergangenheit

15. Was intensiviert den Schmerz? (Kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an)

- Nichts Kauen/Beißen Essen Kalte luft Kälte Wärme
 Süßes Liegen Berührung Drücken auf das Zahnfleisch Anwenden von Zahnseide

16. Wie ist der Schmerzverlauf?

- Zunehmend Abnehmend Konstant Variabel Im Augenblick nichts davon

17. Wurden kürzlich zahnärztliche Behandlungen in dieser Region durchgeführt?

- Ja Nein Nicht sicher

18. Wurde die Wurzelbehandlung bereits vor diesem Termin durch ihren Zahnarzt gestartet?

- Ja Nein Nicht sicher

19. Hatten Sie kürzlich eine Zahnfleischoperation oder Zahnreinigung in dieser Region?

- Ja Nein

20. Wurde bereits ein operativer Eingriff (Wurzelspitzenresektion) an diesem Zahn durchgeführt?

- Ja Nein Nicht sicher

21. Sind Sie im Augenblick betäubt? (wurde der Zahn im Laufe des Tages bereits anästhesiert?)

- Ja Nein Leicht Nicht sicher

22. Haben Sie Antibiotika aufgrund dieser Problematik genommen?

- Nein Heute Die letzten ____Tage Die letzte Woche Den letzten Monat Sonstiges

23. Haben Sie Schmerzmittel gegen diese Problematik genommen?

- Nein Heute Die letzte Nacht Die letzten ____Tage Zu unterschiedlichen Zeiten

24. Hatten Sie die Überweisung gewünscht?

- Ja Nein

25. Hatte Ihr Arzt die Überweisung empfohlen?

- Ja Nein

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ort / Datum

Unterschrift