

Schmerz-Anamnese-Bogen

(Wenn Patient schon mit Schmerzen reinkommt!)

Patienten Nummer:

Datum:

Wo haben Sie Schmerzen? (z.B. rechts oben, links unten, vorne oben/unten) _____

Können Sie genau sagen, welcher Zahn schmerzt? Ja Nein

Falls Nein: Schmerzt eine Gruppe von Zähnen? Ja Nein

Schmerzen mehrere Zähne über Ihr Gebiss verteilt? Ja Nein

Strahlen die Schmerzen aus? Ja Nein

Falls ja, wohin? _____

Haben Sie die Schmerzen beim Essen beim Trinken beim Beißen

auf Warmes auf Kaltes beim Trinken ?

Sind die Schmerzen ... pochend ziehend andauernd

pulssynchron dumpf stechend ?

Haben Sie die Schmerzen rund um die Uhr nur zeitweise ?

Falls „nur zeitweise“: wann genau? _____

Können Sie nachts durchschlafen? Ja Nein

Behandeln Sie Ihre Schmerzen schon selber? Ja Nein

Falls ja: womit genau? _____

Seit wann haben Sie diese Schmerzen? _____