

ANAMNESE UND BEFUND

Dr. Cordula Merle

25.04.2022

ASPEKTE DER ANAMNESE

Aspekte

- Allgemeine
 - Medikamente
- Spezielle

DER ANAMNESEBOGEN

- aktuell!
- Unterschrift!
- besprochen und ergänzt

UKR
Universitätsklinikum
Regensburg

Anamnesebogen

Nachname:	Vorname:	Geb.datum:
Straße:	PLZ, Ort:	Tel.-Nr.:
		Handy-Nr.:

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Bitte helfen Sie uns im Interesse Ihrer Behandlung und kreuzen Sie folgende Fragen an.

	ja	nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Wochen Medikamente zu sich genommen? Wenn ja, welche (z. B. Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, „die Pille“, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals sogenannte Bisphosphonate eingenommen? Wenn ja, welche? Als Infusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ernsthafte Erkrankungen oder Operationen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Zuckerkrankheit? Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS, Plavix)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche? (z. B. Ohnmacht, Krämpfe, Ausschlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten bei anderen Medikamenten Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Asthmatiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie:	ja	nein
Überempfindlichkeit (Allergien) auf Medikamente oder andere Stoffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen (Bluten Sie nach Verletzungen sehr lange?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Kreislaufkrankungen (z. B. hoher/niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie, Krampfleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine andere Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im letzten Jahr geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo und wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja Monat nein unsicher

Bitte informieren Sie den behandelnden Arzt/Zahnarzt umgehend über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes!
Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, klären Sie diese bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt/Zahnarzt.

Mit der Behandlung, auch durch Praktikanten der Zahnheilkunde unter Aufsicht, erkläre ich mich einverstanden.
Einer Fotodokumentation stimme ich zu.

Stand: Juni 2011

Unterschrift
Patient/in bzw. gesetzlicher oder bevollmächtigter Vertreter

Datum

Bitte beantworten Sie folgende Fragen an:

	ja	nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, weshalb? _____		
Haben Sie in den letzten Wochen Medikamente zu sich genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche (z. B. Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, „die Pille“, usw.) _____		
Haben Sie jemals sogenannte Bisphosphonate eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? Als Infusion? _____		
Hatten Sie ernsthafte Erkrankungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS, Plavix)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? (z. B. Ohnmacht, Krämpfe, Ausschlag) _____		
Traten bei anderen Medikamenten Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie Asthmatiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb? _____

ja nein

Endoprothesen

- Sanierung vorab
- ggf. 6 Monate Verzicht auf elektive Eingriffe
- ggf. 2 Jahre antibiotische Abschirmung
- Entscheid nach
 - Bakteriämierisiko der Behandlung
 - Risikofaktoren des Patienten (Immunsuppression, vorausgegangene Infektion am Gelenkersatz)

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb? _____

Haben Sie in den letzten Wochen Medikamente zu sich genommen?

Wenn ja, welche (z. B. Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, „die Pille“, usw.) _____

Haben Sie jemals sogenannte Bisphosphonate eingenommen?

Wenn ja, welche? Als Infusion? _____

Hatten Sie ernsthafte Erkrankungen oder Operationen?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Zuckerkrankheit?

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS, Plavix)?

Wenn ja, welche? _____

Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf?

Wenn ja, welche? (z. B. Ohnmacht, Krämpfe, Ausschlag) _____

Traten bei anderen Medikamenten Nebenwirkungen auf?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Asthmatiker? _____

→ Möglichst genaue Diagnose und Therapie

→ Medikamentenplan!

Zugrunde liegende Erkrankungen?

→ Regelmäßige Spritzen oder Infusionen? Beispielnamen nennen, Nachfragen bei entsprechenden Erkrankungen

→ Tumorerkrankungen? Herzinfarkt? Schlaganfall?

Leiden Sie an Zuckerkrankheit?

Diabetes mellitus

Orale Manifestationen:

- Xerostomie
- Karies
- Parodontitis
- Mundschleimhautbrennen
- Candidiasis

→ Was bei der Behandlung beachten?

→ Alle gleich?

→ Insulinpflichtig?

→ HbA1c-Wert

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb? _____

Haben Sie in den letzten Wochen Medikamente zu sich genommen?

Wenn ja, welche (z. B. Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, „die Pille“, usw.) _____

Haben Sie jemals sogenannte Bisphosphonate eingenommen?

Wenn ja, welche? Als Infusion? _____

Hatten Sie ernsthafte Erkrankungen oder Operationen?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Zuckerkrankheit?

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS, Plavix, etc.) zu sich?

Wenn ja, welche? _____

Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf?

Wenn ja, welche? (z. B. Ohnmacht, Krämpfe, Ausschlag) _____

Traten bei anderen Medikamenten Nebenwirkungen auf?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Asthmatiker? _____

→ Möglichst genaue Diagnose und Therapie

→ Medikamentenplan!

→ Zugrunde liegende Erkrankungen?

→ Regelmäßige Spritzen oder Infusionen? Beispielnamen nennen, Nachfragen bei entsprechenden Erkrankungen

→ Tumorerkrankungen? Herzinfarkt? Schlaganfall?

→ Insulinpflichtig? HbA1c-Wert

→ Warum? Ggf. INR-Wert

→ Weitere bekommen? Ggf. Präparate

→ Penicillin explizit nachfragen

→ Letzter Anfall? Dosieraerosol dabei?

Haben oder hatten Sie:

Überempfindlichkeit (Allergien) auf Medikamente oder andere Stoffe?

Blutgerinnungsstörungen (Bluten Sie nach Verletzungen sehr lange?)

Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. hoher/niederer Blutdruck)

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)

Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS, MRSA)

Schilddrüsenerkrankungen

Epilepsie, Krampfleiden

Rheuma

eine andere Krankheit

Wenn ja, welche?

Sind Sie im letzten Jahr geröntgt worden?

Wenn ja, wo und wie?

→ Auf was? Wie?

→ Bekannt warum? Blutverdünner? Diagnose?

ja nein

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja Monat nein unsicher

Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. hoher/niederer Blutdruck)



Herzinfarkt/ Stent-/ Bypass-OP/ Apoplex/ Herztransplantation

- **6 Monate keine elektiven zahnärztlichen Behandlungen!**
- Notfallbehandlungen: **AB-Prophylaxe**, konservativ wie möglich
- effiziente Lokalanästhesie, Adrenalinzusatz max. 1:100 000
- keine Retraktionshilfen mit Katecholaminen
- ggf. Antikoagulanzen therapie berücksichtigen (CAVE: Stents im 1. Jahr = doppelte Antikoagulation)

Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. hoher/niederer Blutdruck)



Endokarditis

Endokarditisprophylaxe

- **Indikation:** Herzklappenersatz, vorangegangene Endokarditis, zyanotische Herzfehler, HTX
- Bei: Eingriffen mit **hoher Bakteriämie** wie
 - Manipulationen an der Gingiva (z. B. Zahnsteinentfernung, Scaling)
 - Manipulationen der periapikalen Zahnregion,
 - Perforation der oralen Mukosa
 - intraligamentäre Anästhesie

Keine Penicillinallergie	2 g Amoxicillin 1h vor dem Eingriff
Penicillinallergie	600 mg Clindamycin 1h vor dem Eingriff

Haben oder hatten Sie:

Überempfindlichkeit (Allergien) auf Medikamente oder andere Stoffe?
Blutgerinnungsstörungen (Bluten Sie nach Verletzungen sehr lange?)
Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. hoher/niederer Blutdruck)
Nierenerkrankungen
Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht)
Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS, MRSA)
Schilddrüsenerkrankungen
Epilepsie, Krampfleiden
Rheuma
eine andere Krankheit
Wenn ja, welche?
Sind Sie im letzten Jahr geröntgt worden?
Wenn ja, wo und wie?

ja nein
→ Auf was? Wie?
→ Bekannt warum? Blutverdünner? Diagnose?
→ Was genau? Diagnose? Wann? Eingestellt?
→ Welche? Diagnose? Dialyse?
→ Diagnose? Hepatitis? Alkohol?
→ Diagnose? Wann? Therapie? Infektiös?
→ Welche? Diagnose?
→ Wann letzter Anfall? Auslöser? Aura?
→ Arthrose oder Rheuma? Diagnose?
→ Krankenhaus? OPs? Tumorerkrankungen?

→ Welche Körperregion? Zähne: OPG vs. Zahnfilme

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja Monat nein unsicher

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja Monat nein unsicher

1. Trimenon:
keine elektiven
Eingriffe

2. Trimenon:
Zeitfenster für
Behandlungen

3. Trimenon:
cave: Lagerung

- Analgesie: Paracetamol
- Lokalanästhesie: Articain, niedriger Adrenalinzusatz
- Röntgen: strenge Indikationsstellung
- Stressvermeidung

SPEZIELLE ANAMNESE

Was interessiert uns alles?

BEFUND

Was gehört alles dazu?

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

**Universitätsklinikum
Regensburg**

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Direktor: Prof. Dr. Sebastian Hahnel

Allgemeiner Befund

Datum: _____ Behandler: _____

Besonderheiten Anamnese: _____

Anliegen: _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Sonstiges																
Lockerung																
Sens/Perk																
Befund																
PSI																
BEWE																
Befund																
Sens/Perk																
Lockerung																
Sonstiges																

CMD-Screening:

Anamnese:

Haben Sie Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, in der linken oder in beiden? ja nein

Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger Schmerzen?

- im Schläfen- und Gesichtsbereich
- im Kiefer oder Kiefergelenk
- bei der Kieferöffnung oder beim Kauen

Schwierigkeiten/Blockierungen bei Kieferöffnung

Untersuchung:

- Schmerz Kaumuskulatur (Masseter/Temporalis: 1kg)
- Schmerz Kiefergelenk (bei Perk. 0,5kg)
- Limitation Kieferöffnung? (< 40mm)
- Okklusionsstörungen?
- Kiefergelenkgeräusche?

Röntgenologische Diagnostik

Ja, OPG vom _____

Ja, Zahnfilme _____

Keine rechtfertigende Indikation für erneutes Röntgen

Extrorale Besonderheiten

Asymmetrien: _____

Sonstiges: _____

Intraorale Besonderheiten

Mundschleimhautbefund: _____

Alveolarkamm: _____

Speichel: _____

Zahnersatz

Alter Zahnersatz: _____

Sonstiges: _____

Weiterer Diagnostikbedarf

Parodontal

Funktionell

Sonstiges: _____

Anleitung zu Allgemeiner Befund

Besonderheiten Anamnese: Krankheiten oder Medikamente, die besonders zu beachten sind (z.B. Endokarditis, Bisphosphonate)

Anliegen: Vorstellungsgrund des Patienten (z.B. Kontrolle, neuer Zahnersatz, ästhetische Verbesserung)

Zahnstatus

Behandlungsbedarf (rot)

Monitoring (gelb)

Befund

e = ersetzter Zahn
f = fehlender Zahn
X = Lückenschluss
b = Brückenglied
i = Implantat ohne Suprakonstruktion
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
c = Karies
f = Füllung
fv = Fissurenversiegelung
k = Krone
t = Teleskop
pk = Teilkrone
in = Inlay
h = Halbelement
a = Anker Adhäsivbrücke
r = Wurzelstiftkappell/Locator
s = Suprakonstruktion auf Implantat
o = Geschiebe
--- = Schienung/Steg/Retainer

Sonstiges

weitere dentale Befunde wie z.B. Chipping, MIH, Retainer, Palpation, etc.

Lockerung

I: erhöht, < 1mm
II: 1 - 2 mm
III: > 2 mm / vertikal

Sens/Perk

Sensibilität: + positiv / - negativ
Perkussion: + positiv / - negativ

CMD-Screening nach DGFDT

Erfassungen zur Untersuchung:

- Schmerz Kaumuskulatur:** bei Palpation M. temporalis, M. masseter superficialis (je 1 Punkt, 1 kg)
- Schmerz Kiefergelenk:** bei Palpation des lateralen Kondylenpols (0,5 kg), um den lateralen Pol (1 kg) oder bei Kieferöffnung
- Limitation Kieferöffnung:** maximale aktive Öffnung < 40 mm
- Okklusionsstörungen:** Okklusionskontrolle mit Shimstockfolie
- Kiefergelenkgeräusche:** Knackern oder Reiben bei Kieferöffnung

weiterführende Diagnostik notwendig ab einem positiven Befund in Anamnese oder Befund, optional bei Okklusionsstörungen und Kiefergelenkgeräuschen

Parodontaler Screening Index (PSI)

Erfassung je Sextant mit WHO-Sonde, ohne Ber

Score 0: keine Blutung, kein Zahnstein, Sondierungstiefe < 3,5 mm

Score 1: Blutung, kein Zahnstein, Sondierungstiefe < 3,5 mm

Score 2: Zahnstein, ggf. Blutung, Sondierungstiefe < 3,5 mm

Score 3: Sondierungstiefe 3,5 - 5,5 mm

Score 4: Sondierungstiefe > 5,5 mm

* Ergänzung zum Score bei Vorliegen von Furkationsbeteiligung, Lockerung, mukogingivale Probleme, Rezessionen > 3,5 mm

→ PSI 0 - 4: Informationsbogen PSI mitgeben
→ ab 1x PSI 3: Indikation Parodontalstatus

Basic Erosiv Wear Examination (BEWE)

Erfassung von nicht-karösem Zahnhartsubstanzenverlust (Erosion, Abrasion, Attrition), je Sextant, visuell

Grad 0: kein Zahnhartsubstanzenverlust

Grad 1: Beginnender Verlust der Oberflächenstruktur

Grad 2: Klar ersichtlicher Verlust von Zahnhartsubstanz: < 50 % der Oberfläche, häufig mit Dentinexposition

Grad 3: Ausprägter Verlust von Zahnhartsubstanz ≥ 50 % der Oberfläche, häufig mit Dentinexposition

BEWE-Gesamtwert:

- Nihil: 0 - 2
- Niedrig: 3 - 8
- Mittel: 9 - 13
- Hoch: > 14

BEFUND

Patientenname: _____
 Geburtsdatum: _____



Universitätsklinikum
 Regensburg
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
 Direktor: Prof. Dr. Sebastian Hähnel

Allgemeiner Befund

Datum: _____ Behandler: _____

Besonderheiten Anamnese: _____

Anliegen: _____

Sonstiges	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Lockerung																
Sens/Perk																
Befund																
PSI																
BEWE																
Befund																
Sens/Perk																
Lockerung																
Sonstiges	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CMD-Screening:

Anamnese:
 Haben Sie Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, in der linken oder in beiden? ja nein

Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger Schmerzen
 • im Schläfen- und Gesichtsbereich
 • im Kiefer oder Kiefergelenk
 • bei der Kieferöffnung oder beim Kauen
 • Schwierigkeiten/Blockierungen bei Kieferöffnung

Untersuchung:
 • Schmerz Kaumuskulatur (Masseter/Temporalis: 1kg)
 • Schmerz Kiefergelenk (sc. Pt. 0.5kg)
 • Limitation Kieferöffnung? (< 40mm)
 • Okklusionsstörungen?
 • Kiefergelenkgeräusche?

Röntgenologische Diagnostik
 Ja, OPG vom _____
 Ja, Zahnfilme _____
 Keine rechtfertigende Indikation für erneutes Röntgen

Extraorale Besonderheiten

Asymmetrien: _____
 Sonstiges: _____

Intraorale Besonderheiten

Mundschleimhautbefund: _____
 Alveolarkamm: _____
 Speichel: _____

Zahnersatz

Alter Zahnersatz: _____
 Sonstiges: _____

Weiterer Diagnostikbedarf

Parodontal
 Funktionell
 Sonstiges: _____

Weitere Befunde

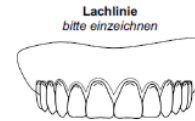
parodontal:
 • parodontaler Behandlungsbedarf nein ja
 • parodontal vorerkrankt nein ja, Diagnose: _____
 • letzter PA-Befund am _____, letztes AIT am _____

- funktionell:
 • Kieferrelation: unauffällig erhöht zu niedrig
 • Abstand Ruheschwebelage zu IKP: _____

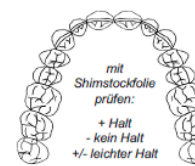
- prothetisch:

- Röntgen: aktuelle Aufnahmen, i.d.R. < 6 Monate
 OPG:

Zahnfilme:



Okklusionsprotokoll



Zahnform: _____

Zahnfarbe: _____

Diagnosen

- extraoral:

- intraoral:

- dental:

Zahnbezogene Prognose

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Hoffnunglos																
Zweifelhaft																
Sicher																
Sicher																
Zweifelhaft																
Hoffnunglos																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Weiterführende diagnostische Massnahmen und Behandlungsplanung

Medizinische Abklärung: _____

Chirurgische Vorbehandlung: _____

Kieferorthopädische Vorbehandlung: _____

Parodontale Vorbehandlung: _____

Modellanalyse: _____

Funktionsanalytische Maßnahmen: _____

Bisshebung: _____

Weiteres: _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Extraktion																
definitive Füllung																
Aufbaufüllung																
Endodontie																
Sonstiges (s.o.)																
Sonstiges (s.o.)																
Stiftaufbau																
Endodontie																
Aufbaufüllung																
definitive Füllung																
Extraktion																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

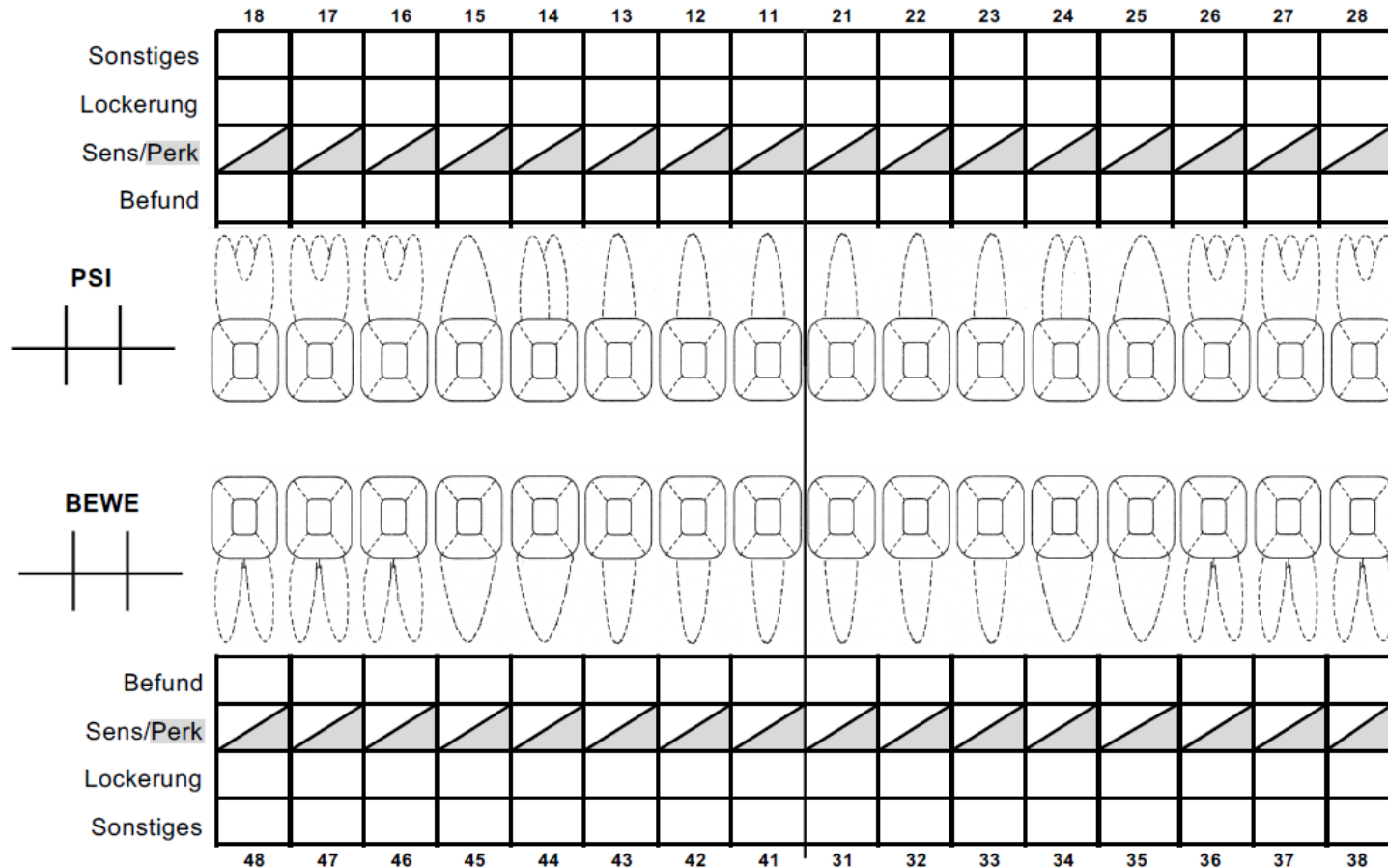
Prothetische Planung

def.																
Int.																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Int.																
def.																

Material: _____

DENTAL

Karies- und Füllungsstatus



Restaurationen – blau

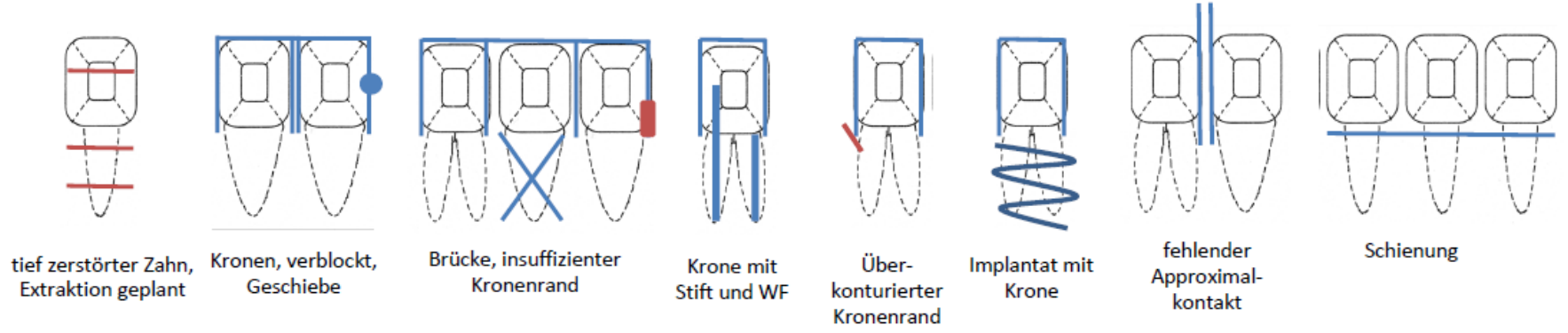
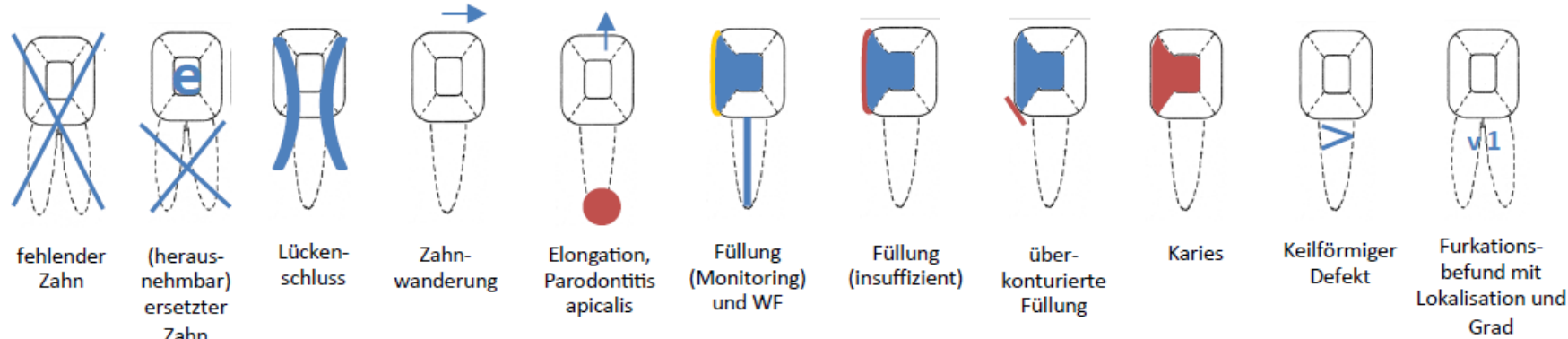
Karies – rot

Insuffiziente Restorations – rot umranden

Monitoring – gelb

DENTAL

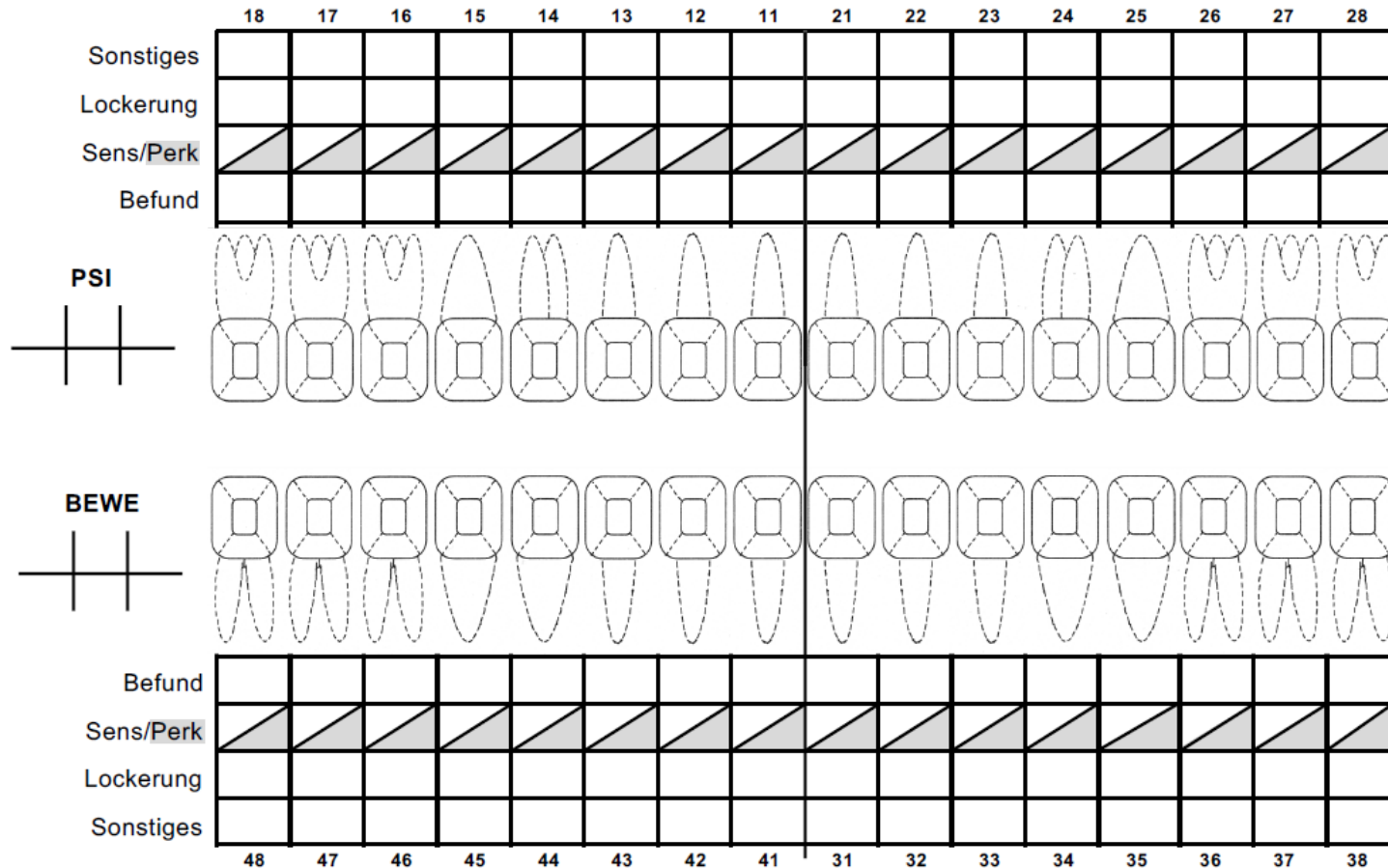
Zahnstatus



rot = Behandlungsbedarf
gelb = Monitoring

DENTAL

Karies- und Füllungsstatus








Restaurationen – blau

Karies – rot

Insuffiziente Restaurationen – rot umranden

Monitoring – gelb

Periodontal Screening Index - PSI

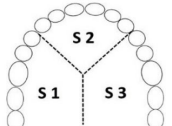
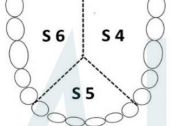
Code 0	Code 1	Code 2	Code 3	Code 4
				
schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (PD < 3,5 mm)			schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (PD 3,5 - 5,4 mm)	schwarzes Band verschwindet ganz (PD ≥ 5,5 mm)
keine Blutung kein Zahnstein keine defekten Restaurationsränder	Blutung auf Sondieren kein Zahnstein keine defekten Restaurationsränder	Blutung auf Sondieren Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder	Blutung auf Sondieren möglich Zahnstein möglich defekte Restaurationsränder möglich	Blutung auf Sondieren möglich Zahnstein möglich defekte Restaurationsränder möglich
klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligung, mukogingivale Probleme, Rezessionen, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern * gekennzeichnet				

Per

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____ Name: _____

Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6)	Höchster im Sextanten festgestellter Code	Erläuterung der PSI-Codes
	S 1 <input type="text"/>	0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm
	S 2 <input type="text"/>	
	S 3 <input type="text"/>	
	S 4 <input type="text"/>	
	S 5 <input type="text"/>	
	S 6 <input type="text"/>	
Unterkiefer	* Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern * gekennzeichnet.	

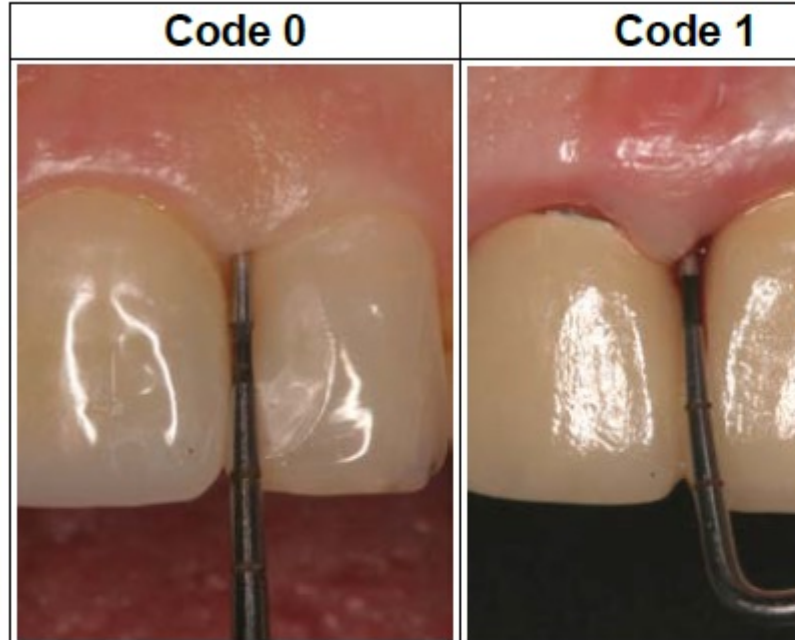
Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:

PSI-Code	Diagnose	Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf
0	Parodontal gesund	Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung
1	Zahnfleischentzündung (Gingivitis)	Verbesserung der Mundhygiene
2	Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder	Verbesserung der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung oder Glättung überstehender Füllungs- und Kronenränder
3	Verdacht auf Parodontitis	Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befunderhebung einschließlich der Anfertigung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung
4		

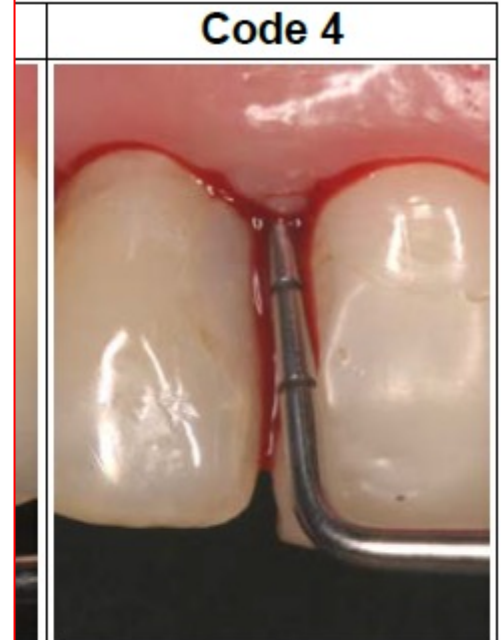
Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie – bei Messergebnis Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit, einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erheben sowie die Diagnose zu stellen, informiert.

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____



Code 0	Code 1
keine Blutung kein Zahnstein keine defekten Restaurationsränder	Blutung auf Sondieren kein Zahnstein keine defekten Restaurationsränder
klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligung) werden mit einem Stern * gekennzeichnet	



Code 4
schwarzes Band verschwindet ganz (PD ≥ 5,5 mm) Blutung auf Sondieren möglich Zahnstein möglich defekte Restaurationsränder möglich

BEWE – BASIC EROSION WEAR EXAMINATION

Nicht-kariöser Zahnhartsubstanzverlust

Grad	
0	Kein Zahnhartsubstanzverlust
1	Beginnender Verlust der Oberflächenstruktur
2	Ausgeprägter Verlust der Zahnhartsubstanz <50% der Oberfläche
3	Schwerer Verlust von Zahnhartsubstanz >50% der Oberfläche

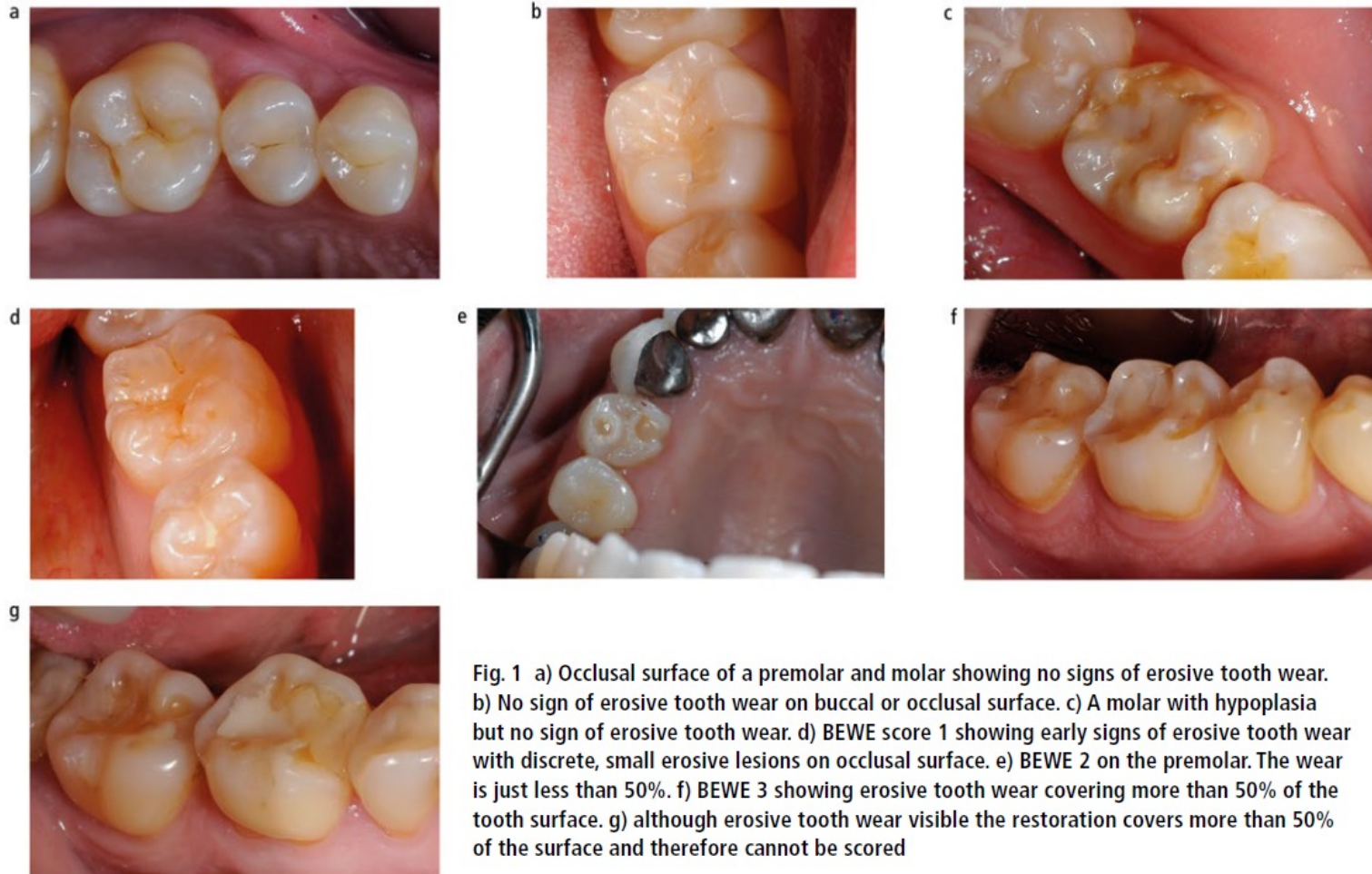


Fig. 1 a) Occlusal surface of a premolar and molar showing no signs of erosive tooth wear. b) No sign of erosive tooth wear on buccal or occlusal surface. c) A molar with hypoplasia but no sign of erosive tooth wear. d) BEWE score 1 showing early signs of erosive tooth wear with discrete, small erosive lesions on occlusal surface. e) BEWE 2 on the premolar. The wear is just less than 50%. f) BEWE 3 showing erosive tooth wear covering more than 50% of the tooth surface. g) although erosive tooth wear visible the restoration covers more than 50% of the surface and therefore cannot be scored

BEFUND

Was gehört alles dazu?

Patientenname: _____
Geburtsdatum: _____

UKR
Universitätsklinikum
Regensburg

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Direktor: Prof. Dr. Sebastian Hahnel

Allgemeiner Befund

Datum: _____ Behandler: _____

Besonderheiten Anamnese: _____

Anliegen: _____

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Sonstiges																
Lockerung																
Sens/Perk																
Befund																
PSI																
BEWE																
Befund																
Sens/Perk																
Lockerung																
Sonstiges																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CMD-Screening:

Anamnese:

Haben Sie Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, in der linken oder in beiden? ja nein

Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger Schmerzen

- im Schläfen- und Gesichtsbereich
- im Kiefer oder Kiefergelenk
- bei der Kieferöffnung oder beim Kauen

Schwierigkeiten/Blockierungen bei Kieferöffnung

Untersuchung:

- Schmerz Kaumuskelatur (Masseter/Temporalis: 1kg)
- Schmerz Kiefergelenk (bei Perk. 0,5kg)
- Limitation Kieferöffnung? (< 40mm)
- Okklusionsstörungen?
- Kiefergelenkgeräusche?

Röntgenologische Diagnostik

Ja, OPG vom _____

Ja, Zahnfilme _____

Keine rechtfertigende Indikation für erneutes Röntgen

Extrorale Besonderheiten

Asymmetrien: _____

Sonstiges: _____

Intraorale Besonderheiten

Mundschleimhautbefund: _____

Alveolarkamm: _____

Speichel: _____

Zahnersatz

Alter Zahnersatz: _____

Sonstiges: _____

Weiterer Diagnostikbedarf

Parodontal

Funktionell

Sonstiges: _____

Anleitung zu Allgemeiner Befund

Besonderheiten Anamnese: Krankheiten oder Medikamente, die besonders zu beachten sind (z.B. Endokarditis, Bisphosphonate)

Anliegen: Vorstellungsgrund des Patienten (z.B. Kontrolle, neuer Zahnersatz, ästhetische Verbesserung)

Zahnstatus

Behandlungsbedarf (rot)

Monitoring (gelb)

Befund

e = ersetzter Zahn
f = fehlender Zahn
x = Lückenschluss
b = Brückenglied
i = Implantat ohne Suprakonstruktion
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
c = Karies
f = Füllung
fv = Fissurenversiegelung
k = Krone
t = Teleskop
pk = Teilkrone
in = Inlay
h = Halbelement
a = Anker Adhäsivbrücke
r = Wurzelstiftkappellocator
s = Suprakonstruktion auf Implantat
o = Geschiebe
--- = Schienung/Steg/Retainer

Sonstiges

weitere dentale Befunde wie z.B. Chipping, MIH, Retainer, Palpation, etc.

Lockerung

I: erhöht, < 1mm
II: 1 - 2 mm
III: > 2 mm / vertikal

Sens/Perk

Sensibilität: + positiv / - negativ
Perkussion: + positiv / - negativ

CMD-Screening nach DGFDT

Erläuterungen zur Untersuchung:

- Schmerz Kaumuskelatur:** bei Palpation M. temporalis, M. masseter superficialis (je 1 Punkt, 1 kg)
- Schmerz Kiefergelenk:** bei Palpation des lateralen Kondylenpols (0,5 kg), um den lateralen Pol (1 kg) oder bei Kieferöffnung
- Limitation Kieferöffnung:** maximale aktive Öffnung < 40 mm
- Okklusionsstörungen:** Okklusionskontrolle mit Shimstockfolie
- Kiefergelenkgeräusche:** Knackern oder Reiben bei Kieferöffnung

weiterführende Diagnostik notwendig ab einem positiven Befund in Anamnese oder Befund, optional bei Okklusionsstörungen und Kiefergelenkgeräuschen

Parodontaler Screening Index (PSI)

Erfassung je Sextant mit WHO-Sonde, ohne Ber

Score 0: keine Blutung, kein Zahnstein, Sondierungstiefe < 3,5 mm

Score 1: Blutung, kein Zahnstein, Sondierungstiefe < 3,5 mm

Score 2: Zahnstein, ggf. Blutung, Sondierungstiefe < 3,5 mm

Score 3: Sondierungstiefe 3,5 - 5,5 mm

Score 4: Sondierungstiefe > 5,5 mm

* Ergänzung zum Score bei Vorliegen von Furkationsbeteiligung, Lockerung, mukogingivale Probleme, Rezessionen > 3,5 mm

→ PSI 0 - 4: Informationsbogen PSI mitgeben
→ ab 1x PSI 3: Indikation Parodontalstatus

Basic Erosiv Wear Examination (BEWE)

Erfassung von nicht-karösem Zahnhartsubstanzenverlust (Erosion, Abrasion, Attrition), je Sextant, visuell

Grad 0: kein Zahnhartsubstanzenverlust

Grad 1: Beginnender Verlust der Oberflächenstruktur

Grad 2: Klar ersichtlicher Verlust von Zahnhartsubstanz: < 50 % der Oberfläche, häufig mit Dentinexposition

Grad 3: Ausprägter Verlust von Zahnhartsubstanz ≥ 50 % der Oberfläche, häufig mit Dentinexposition

BEWE-Gesamtwert:

- Nihil: 0 - 2
- Niedrig: 3 - 8
- Mittel: 9 - 13
- Hoch: > 14

CMD SCREENING

CMD-Screening:

Anamnese:

Haben Sie Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte,
in der linken oder in beiden?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger

- Schmerzen
 - im Schläfen- und Gesichtsbereich
 - im Kiefer oder Kiefergelenk
 - bei der Kieferöffnung oder beim Kauen
- Schwierigkeiten/Blockierungen bei Kieferöffnung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untersuchung:

- Schmerz Kaumuskulatur (Masseter/Temporalis:1kg)
- Schmerz Kiefergelenk (lat. Pol: 0,5kg)
- Limitation Kieferöffnung? (< 40mm)
- Okklusionsstörungen?
- Kiefergelenkgeräusche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RÖNTGENOLOGISCHE DIAGNOSTIK

Röntgenologische Diagnostik

- Ja, OPG vom _____
- Ja, Zahnfilme _____
- Keine rechtfertigende Indikation für erneutes Röntgen

WEITERE BEFUNDE

Extraorale Besonderheiten

Asymmetrien: _____

Sonstiges: _____

Intraorale Besonderheiten

Mundschleimhautbefund: _____

Alveolarkamm: _____

Speichel: _____

Schleimhaut Befund
Befunde mit Größenangaben farbig einzeichnen

- 1. Lippenrot Oberlippe
- 2. Umschlagafalte OK
- 3. Kieferkamm OK
- 4. Harter Gaumen
- 5. Planum buccale
- 6. Weicher Gaumen
- 7. Rachenhinterwand
- 8. Mundboden
- 9. Kieferkamm UK
- 10. Umschlagafalte UK
- 11. Lippenrot Unterlippe
- 12. Zungengrund
- 13. Zungenrücken
- 14. Zungenrand
- 15. Zungenunterfläche

Bemerkungen:

Form der zahnlosen Kieferkämme _____

Resilienz des Prothesenlagers: _____

Bandansätze _____

Schlotterkamm _____

Exostosen _____

Sonstiges _____

WEITERE BEFUNDE

Zahnersatz

Alter Zahnersatz: _____

Sonstiges: _____

Weiterer Diagnostikbedarf

- Parodontal
- Funktionell
- Sonstiges: _____

Weitere Befunde

parodontal:

- parodontaler Behandlungsbedarf nein ja
- parodontal vorekrank nein ja, Diagnose: _____
- letzter PA-Befund am _____, letztes AIT am _____

- funktionell:

-
- Kieferrelation: unauffällig erhöht zu niedrig
- Abstand Ruheschwebelage zu IKP:

- prothetisch:

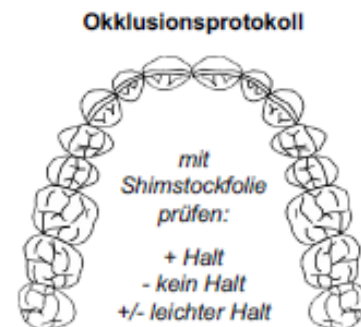
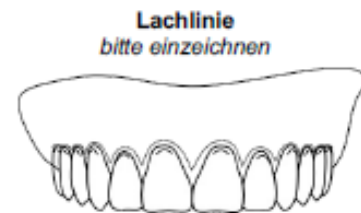
- Röntgen: *aktuelle Aufnahmen, i.d.R. < 6 Monate*

OPG:

Zahnfilme:

Zahnform: _____

Zahnfarbe: _____



DIAGNOSEN

Diagnosen

- extraoral:

- intraoral:

- dental:

ZAHNBEZOGENE PROGNOSE

Zahnbezogene Prognose

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Hoffnungslos																
Zweifelhaft																
Sicher																
Sicher																
Zweifelhaft																
Hoffnungslos																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Prognosekriterien

Prognose	Sicher ●	Fraglich ●	Hoffnungslos ●
PA ¹	≤ 50% KV 0/I FG	50-75% KV II FG Paro-Endo-Läsion	>75% KV II/III FG III LG
Endo ²	Vital Endo ok Restauration ok Keine apikale Aufhellung	Symptomatischer Zahn unvollständige WF ohne/mit apikaler Aufhellung avital ohne WKB WSR Instrumentenfraktur	Perforation Fraktur Nicht kontrollierbare Sympt. Zyste Symptomat. Obliter. Zähne Wurzelresorption
Defekt	Ferrule Design (2mm) mgl ³ Biologische Breite Zahn-/Wurzel-Länge Retentionshöhe ≥4 mm ⁴	Vor Stiftversorgung Vor Kronenverlängerung Zirkuläre zervikale Füllung Geringer Wurzelquerschnitt Zahnstellung prothetisch ungünstig	Tief zerstörte Zähne (durch Kronenverlängerung kein ausreichender Zahnhartsubstanzgewinn)

¹ McGuire MK & Nunn ME *J Periodontol* 1996; 67(7):666

² Friedman S et al *J Endod* 2003; 29:787-793, Farzaneh M et al. *J Endod* 2004;30:302-309, Wang N. et al *J Endod* 2004; 30:751-761

³ 2mm Regel

⁴ Wisholt and Belser

PLANUNG

Weiterführende diagnostische Massnahmen und Behandlungsplanung

Medizinische Abklärung: _____

Chirurgische Vorbehandlung: _____

Kieferorthopädische Vorbehandlung: _____

Parodontale Vorbehandlung: _____

Modellanalyse: _____

Funktionsanalytische Maßnahmen: _____

Bisshebung _____

Weiteres: _____

PLANUNG

Vorbehandlungen

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Extraktion																
definitive Füllung																
Aufbaufüllung																
Endodontie																
Sonstiges (s.o.)																
Sonstiges (s.o.)																
Stiftaufbau																
Endodontie																
Aufbaufüllung																
definitive Füllung																
Extraktion																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PLANUNG

Prothetische Planung

Prothetische Planung

def.																
Int.																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Int.																
def.																

Material: