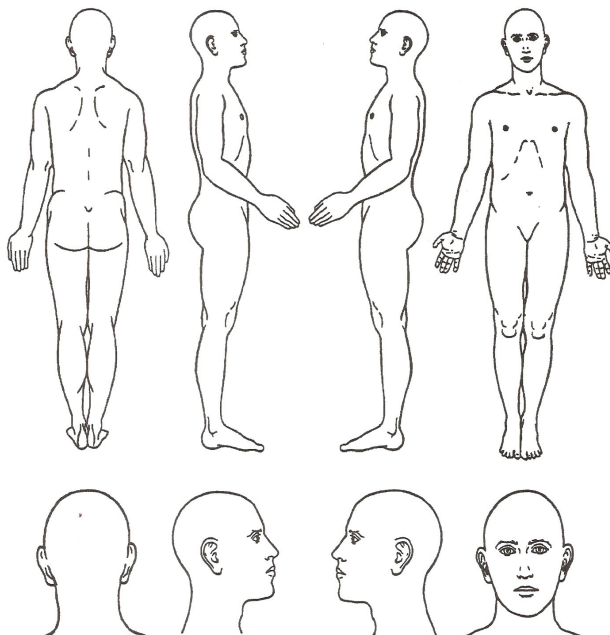


Bitte zeichnen Sie die Areale Ihrer Beschwerden / Schmerzen auf den Zeichnungen ein.

Neben den Arealen tragen Sie bitte die Intensität Ihrer Beschwerden ein:

0 = keine - 10 = stärkste vorstellbare



Was verstärkt / provoziert Ihre Beschwerden?

Was reduziert / eliminiert Ihre Beschwerden?

Zahnmedizinische Geschichte:

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Kiefer- / Gesichtsschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Tragen Sie eine Prothese? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knackt Ihr Kiefer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Zahnbrücken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirschen Sie nachts? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie je eine Zahnspange getragen? | | |
| Wurden Ihnen bleibende Zähne entfernt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hatten Sie Operationen / Unfälle / Stürze? Wenn ja, welche und wann?

Welche Therapien bzgl. Ihres Anliegens wurden bisher angewandt und bitte unterstreichen Sie, welche davon erfolgreich waren?

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Osteopathie |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Pilates | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Medikamente – wenn ja, welche?

Erkrankungen:

Herzerkrankungen – wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Allergien? Wenn ja, welche? | |
-
-

Ansteckende Erkrankungen - wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, für welche Erkrankungen?

Andere Gesundheitsprobleme:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Atemprobleme | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen / Taubheit | <input type="checkbox"/> Gangstörungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche |
| <input type="checkbox"/> unerwarteter Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> unerwartete Gewichtszunahme | |
| <input type="checkbox"/> Gestörte Blasenfunktion | <input type="checkbox"/> Gestörte Darmfunktion | |

Sonstiges:

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| > Schlaf | <input type="checkbox"/> unter 4 h | <input type="checkbox"/> 4-6h | <input type="checkbox"/> 6-8h | <input type="checkbox"/> mehr als 8h |
| > Essen | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> unregelmäßig | | |
| > Appetit | <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> moderat | <input type="checkbox"/> viel |
| > Nikotin | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> regelmäßig | |
| > Alkohol | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> regelmäßig | |
| > Kaffee ___ Tassen / Tag | <input type="checkbox"/> Tee ___ Tassen / Tag | | <input type="checkbox"/> Wasser ___ Liter / Tag | |
| > Brille / Kontaktlinsen | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Tragen Sie Einlegesohlen? | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Tragen Sie eine einseitige Absatzerhöhung? | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| > Für Frauen: <input type="checkbox"/> Ich nehme die Anti-Baby-Pille. | | | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger. | |

Gibt es noch etwas anderes, von dem Sie denken, dass wir davon wissen sollten oder nach dem wir nicht gefragt haben?

Formelles:

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein vereinbarter Behandlungstermin ausdrücklich für Sie reserviert ist. Terminabsagen sind mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Andernfalls stellen wir Ihnen den entstandenen Leistungsausfall in Rechnung.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert und Ihr Rezept zur Abrechnung an das Rechenzentrum weitergeleitet.

Köln, den _____

Unterschrift Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter

Herzlichen Dank!