

Patient/in

Datum

Patienten-Nummer

Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Vorbehandlungen und aktuelle Beschwerden

Mit welchen Beschwerden

suchen Sie uns jetzt auf?

Waren Sie wegen dieser Beschwerden bereits in ärztlicher oder zahnärztl. Behandlung? Falls Ja:

Monat/Jahr:

Beschwerden:

Praxis:

Behandlung:

Bitte notieren Sie kurz die **Beschwerden** und die **Art der Behandlung**.

Monat/Jahr:

Beschwerden:

Praxis:

Behandlung:

Fortsetzung auf der Rückseite

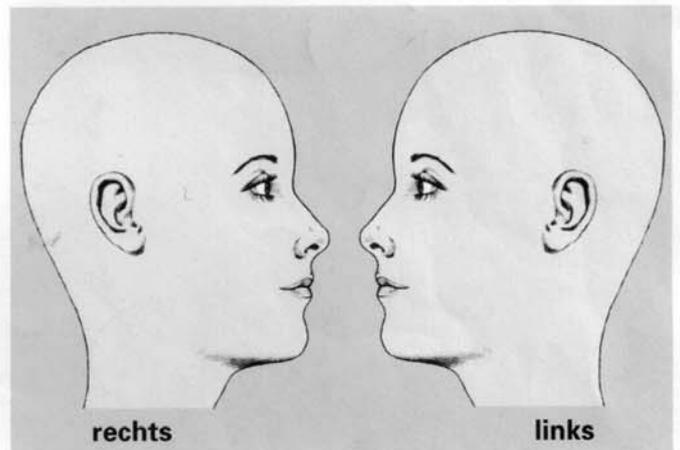
Vorgeschichte

Wir möchten Sie bitten, die auf Ihr aktuelles Befinden im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich zutreffenden Beschreibungen anzukreuzen:

Zeichnen Sie bitte in dem untenstehenden Schema den Ort Ihrer Beschwerden ein:

Schmerzen: Sie leiden unter...

- Zahnschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nackenverspannung
- Schmerzen in der Schläfenregion
- Schmerzen im Ohrbereich / Schwindel / Tinnitus
- Schmerzen bei der Mundöffnung
- Schmerzen beim Zubeißen bzw. Kauen
- häufigen Schmerzen an anderen Stellen.



Beschwerden:

- Die Beschwerden treten zu bestimmten Tageszeiten auf.
- Die Beschwerden haben sich in den letzten Wochen verändert.
- Die Beschwerden gehen im Urlaub zurück.
- Die Beschwerden beeinträchtigen meine Leistungskraft.
- Es ging ein Unfall o.ä. im Schulter- oder Kopfbereich voraus.
- Es sind Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule bzw. in anderen Gelenke aufgetreten.
- Ich war bzw. bin wegen der Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Welche Fachrichtung?
 - Hausarzt/-ärztin
 - Orthopädie
 - Neurologie
 - andere
- Ich war bzw. bin deswegen in zahnärztlicher Behandlung.

Weitere Beobachtungen:

- Die Zähne passen „nicht richtig aufeinander“.
- Beim Kauen benutze ich nur eine Seite.
- Beim Kauen knacken oder knirschen die Kiefergelenke.
- Der Mund läßt sich nur eingeschränkt öffnen.
- Ich hatte eine schwierige Weisheitszahn-Extraktion.
- Ich knirsche oder presse mit den Zähnen.
- Einzelne Zähne sind sehr temperaturempfindlich.
- Mundtrockenheit oder (Zungen-)Brennen treten häufig auf.
- Taubheitsgefühle treten im Nasen-Lippen-Bereich auf.
- Kennen Sie Ihre Schlaflage? Welche?
 - links
 - rechts
 - Rücken
 - Bauch