

Patient/in

Datum

Patienten-Nummer

Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Vorbehandlungen und aktuelle Beschwerden

Mit welchen Beschwerden suchen Sie uns jetzt auf?

Falls Sie wegen dieser Beschwerden bereits in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung waren oder sind, notieren Sie bitte kurz die Beschwerden und die Art der Behandlung.

Monat/Jahr:

Beschwerden:

Behandlung:

Monat/Jahr:

Beschwerden:

Behandlung:

(evtl. auf der Rückseite fortsetzen)

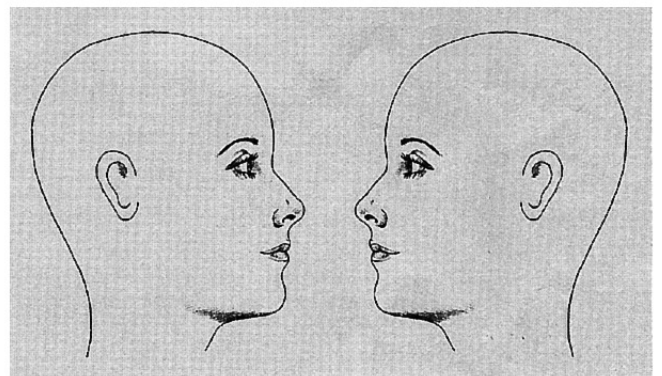
Vorgeschichte

Wir möchten Sie bitten, nachfolgend die auf Sie zutreffenden Fragen zu Ihrem Befinden im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich anzukreuzen.

Zeichnen Sie bitte im untenstehenden Schema zur grafischen Schmerzlokalisierung den Ort Ihrer Beschwerden ein.

Schmerzen: Leiden Sie unter...

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



Beschwerden:

- Treten ihre Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?
- Haben sich über mehrere Wochen Veränderungen ergeben?
- Gehen die Beschwerden im Urlaub zurück?
- Sind die Beschwerden so stark, daß Sie tagsüber daran erinnert werden?
- Hatten Sie einen Unfall o.ä. im Schulter- oder Kopfbereich?
- Gab es eine schwierige Weisheitszahn-Extraktion?
- Sind bei Ihnen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule oder anderer Gelenke aufgetreten?
- Waren oder sind Sie wegen der Beschwerden in ärztlicher Behandlung? Wenn ja: welche Fachrichtung?
 - Hausarzt/-ärztin
 - Orthopädie
 - Neurologie
 - andere
- Waren o. sind Sie deswegen in zahnärztlicher Behandlung?

Weitere Beobachtungen:

- Passen Ihre Zähne »nicht richtig aufeinander«?
- Kauen Sie nur auf einer Seite?
- Treten beim Kauen Gelenkgeräusche auf?
- Können Sie den Mund nur eingeschränkt öffnen?
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Sind einzelne Zähne besonders temperaturempfindlich?
- Tritt häufig Mundtrockenheit oder (Zungen-)Brennen auf?
- Haben Sie Taubheitsgefühle im Nasen-Lippen-Bereich?
- Kennen Sie Ihre Schlaflage? Wenn ja, welche?
 - links
 - rechts
 - Rücken
 - Bauch