

Anmeldung

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Funktionsdiagnostik und -therapie

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir Ihre Personalien

.....

Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
.....		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax
.....		
Beruf	Arbeitgeber	
.....		
Krankenkasse		

Für Patienten unter 18 Jahren

.....

Erziehungsberechtigter: Name	Vorname	Geburtsdatum
.....		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon/Telefax

Fragebogen zur Vorgeschichte (Anamnese)

Um Sie Ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend behandeln zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand und Ihrer (zahn-)ärztlichen Vorgeschichte. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Vorgeschichte	Ja	Nein
Leiden Sie an Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs? Herzrhythmusstörungen? Herzinsuffizienz? Früherer Herzinfarkt? Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie sich jemals einer Herzoperation unterziehen (z.B.: Herzklappenersatz) oder litten/leiden Sie an einer Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie hohen Blutdruck? Wenn ja, tragen Sie hier bitte Ihre Werte ein: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Blutgerinnungsstörung oder eine Bluterkrankung vor oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (Marcumar, ASS, Clopitogrel, Prasugrel, Efient)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter allergischen Reaktionen oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, wogegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt oder lag eine Infektionskrankheit vor, z.B.: Hepatitis-B/C, HIV, TBC oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Magen-/Darmprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter sonstigen Allgemeinerkrankungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spezielle Vorgeschichte	Ja	Nein
Haben Sie Probleme beim: <input type="checkbox"/> Sprechen <input type="checkbox"/> Gähnen <input type="checkbox"/> Kauen <input type="checkbox"/> Schlucken ? Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind ihre Zähne auf Druck oder Temperatur empfindlich? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B.: nur geringe Mundöffnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Haltungsprobleme (z.B.: Beckenschiefstand, unterschiedliche Beinlängen)? Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals (auch länger her) einen Unfall im Hals-/Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Vollnarkose? Wenn ja, wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie als Kind eine Zahnsperre, Klammern oder waren Sie sonst in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wann abgeschlossen: _____ Welche Fehlstellung wurde reguliert: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Wurden Ihre Zähne überkront oder tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden zuletzt Kronen oder Zahnersatz eingegliedert? Vor _____ Jahren _____ Monaten		
Haben Sie Probleme mit Ihren Kronen / Ihrem jetzigen Zahnersatz (sofern vorhanden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Behandlung mit einer Aufbissschiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre momentane Lebenssituation durch Stress belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Wie hoch ist die Belastung auf einer Skala von 0 bis 10: ____ von 10 („0“ bedeutet kein Stress, „10“ bedeutet maximal vorstellbare Stressbelastung)		
Sind Sie in therapeutischer Behandlung (Körpertherapie, Psychotherapie, o.ä.)? Wenn ja welche : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie, dass sich ihre Zähne stark abnützen oder dass das Zahnfleisch zurückweicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihnen Sehstörungen auf? (z.B. Augenflimmern, Lichtempfindlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen Kieferoperationen (z.B.: Weisheitszahnentfernung) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? Was wurde da gemacht? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches Hauptanliegen haben Sie heute? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie zu einem der oben aufgeführten Punkte Fragen haben oder irgendwelche Unklarheiten bestehen, werden wir diese gerne im Gespräch mit Ihnen klären.

Datum: _____ *Unterschrift:* _____

Schmerzfragebogen

Name: Vorname: Datum:.....

Frage 1: An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? _____ Tage

In den folgenden Fragen (2 bis 4) geht es um die genaue Beeinträchtigung von Aktivitäten durch Schmerzen. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 2: Inwieweit haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten drei Monaten bei Ihren *alltäglichen Beschäftigungen* beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Frage 3: Inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit, an *Familien- oder Freizeitaktivitäten* teilzunehmen, beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Frage 4: Und inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre *Arbeit/Hausarbeit* zu verrichten?

keine Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war außerstande, irgendetwas zu tun

In den folgenden Fragen 5 bis 7 geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen im Gesichtsbereich. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala von 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 5: Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich, wie sie *in diesem Augenblick* sind, einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

Frage 6: Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre *stärksten* Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

Frage 7: Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die *durchschnittliche Stärke* der Schmerzen einstufen?

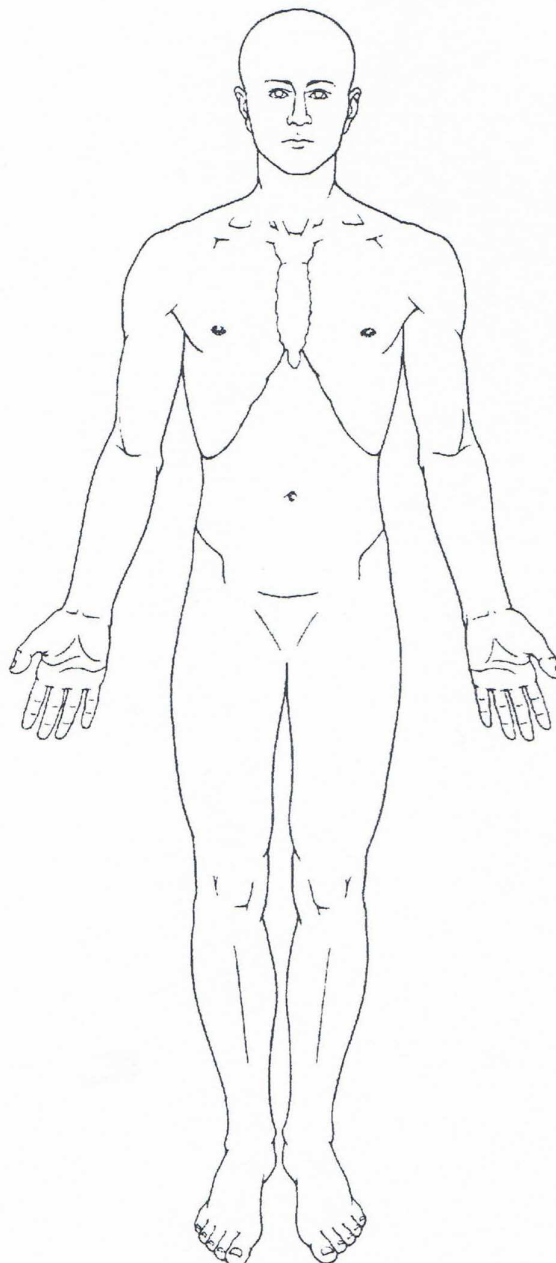
keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

Schmerzlokalisierung

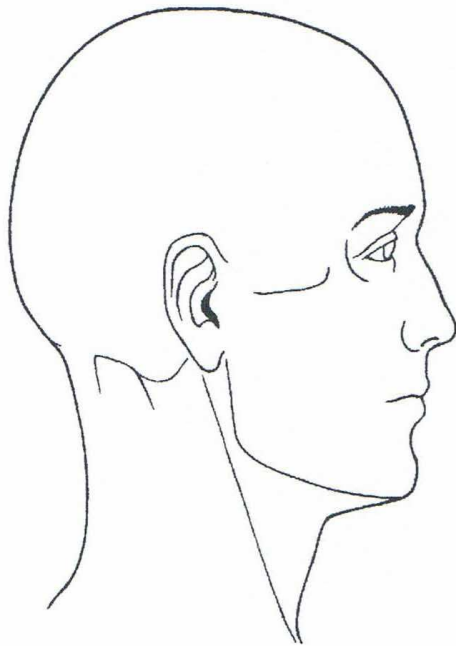
Bevor wir auf Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Beschwerden zu sprechen kommen, möchten wir Sie bitten, in dem nachfolgenden Ganzkörperschema einzumalen, wo überall im Körper Sie Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet durch Schraffieren oder Malen.

rechts

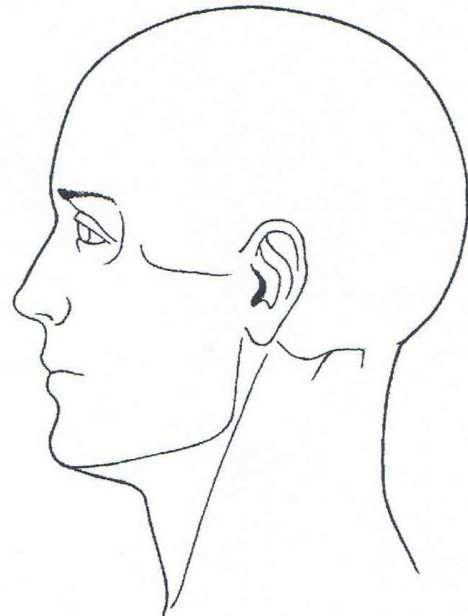
links



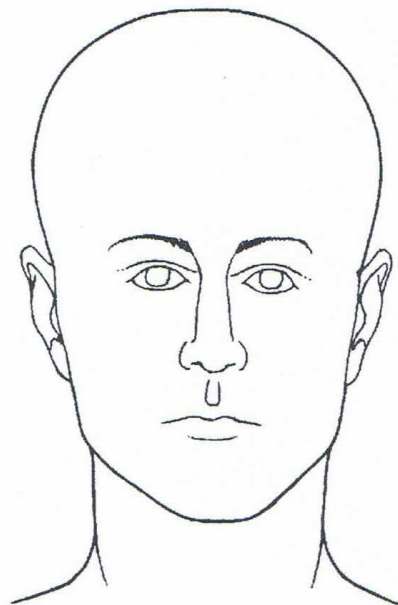
Malen Sie nun bitte in dem nachfolgenden Gesichtsschema ein, wo in der Kopf-Gesichts-Hals-Region Sie überall Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet durch Schraffieren oder Malen.



rechts



links



**Bitte beantworten Sie zum Schluss unseres Fragebogens noch folgende Fragen:
(Zutreffendes bitte mit „X“ im „□“ markieren!)**

Fühlen Sie sich in letzter Zeit häufig traurig und sind niedergeschlagen? ja nein

Können Sie sich in letzter Zeit nur schwer dazu aufraffen, etwas zu tun? ja nein

Der Schmerzfragebogen wird Ihrer Krankenakte beigelegt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.