

Anamnese / CMD



titz.abboud.

Dr. Michael Titz · Dr. (SYR) Rania Abboud
KIEFERORTHOPÄDISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Patient

Name:
Vorname:
geb.:
Straße:
PLZ / Ort:
Tel. privat:
Tel. mobil:
eMail:
Tel. dienstl.:
Beruf:
Arbeitgeber:
Zahnarzt
Empfohlen durch

Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert
Krankenkasse
 Pflichtversichert. Freiwillig versichert
- Privat zusatzversichert für kieferorthopädische Leistungen
- Privat versichert
Vers.-Gesellschaft
 Krankenvollversicherung. Basistarif
- Beihilfeberechtigt

Allgemeine Anamnese

Wurden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Bluthochdruck Ja Nein
Blutgerinnungsstörung Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
HIV/AIDS Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Asthma Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Häufige Erkältungskrankheiten Ja Nein
Allergien Ja Nein
Wogegen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche?

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

Bitte nach Wichtigkeit geordnet

1.
2.
3.

Was sind Ihre Erwartungen, Ihre Wünsche?

Bitte ebenfalls nach Wichtigkeit geordnet

1.
2.
3.

Seit wann bestehen Ihre aktuellen Beschwerden?

Die Beschwerden haben begonnen nach

- kein erkennbarer Anlass
- Gähnen/weite Mundöffnung/großer Bissen
- Kauen
- einer Bewegung
- emotional belastende Situation
- Zahnärztliche Behandlung
 - Weisheitszahnentfernung / Zahnextraktion
 - neue Zahnfüllung
 - neue Krone / Brücke / Prothese
 - Kieferorthopädie
 - Einschleifen von Zähnen
- Unfall / Verletzung
 - am Kopf
 - am Kiefer
 - am Nacken / Rücken
- anderer Anlass:

Vorbehandlungen

Ich war/bin wegen der Beschwerden in Behandlung bei

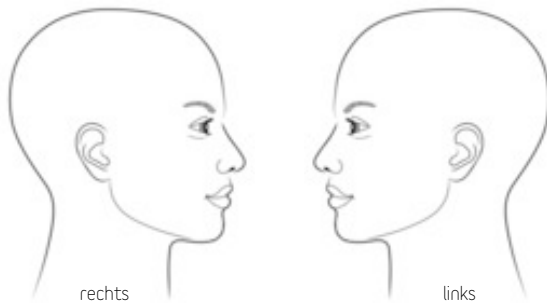
- Hausarzt Physiotherapie
- Zahnarzt Osteopathie
- Orthopädie Neurologie
- Andere
- Ich trage orthopädische Schuheinlagen



Schmerzen: Ich leide an...

- Zahnschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nackenverspannungen
- Schmerzen in der Schläfenregion
- Schmerzen in der Stirn
- Schmerzen im Ohrbereich
- Schmerzen bei der Mundöffnung
- Schmerzen beim Kauen bzw. Zubeißen
- Schmerzen in der Wirbelsäule/im Rücken/in der Hüfte
- häufigen Schmerzen an anderen Stellen

Bitte markieren Sie den Ort Ihrer Beschwerden



Weitere Symptome

- Kiefergelenkknacken Re. Li.
- Kiefergelenkreiben Re. Li.
- Kiefersperre / der Mund lässt sich nicht richtig öffnen
- Ohrengeräusche / Tinnitus
- Hörstörungen
- Gleichgewichtsstörungen / Schwindelanfälle
- Taubheitsgefühl in der Nasen-Lippen-Region
- Taubheitsgefühl in den Armen/Händen
- Schluckbeschwerden
- häufige Mundtrockenheit
- Zungenbrennen
- Schwierigkeiten bei der Nasenatmung

Organisatorischer Hinweis: Um für Sie möglichst kurze Wartezeiten zu gewährleisten, führen wir unsere Praxis als Bestellpraxis. Vereinbarte Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt und anderen Mitbehandlern genutzt und unterliegen gemäß §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen erfolgen.

Beobachtungen / Gewohnheiten

- Die Zähne „passen nicht mehr richtig aufeinander“
- Beim Kauen stört ein Zahn
- Beim Kauen schmerzt ein Zahn
- Die Zähne verschieben sich
- Einzelne Zahn werden locker
- Einzelne Zähne sind empfindlich bei
 - Berührung
 - Hitze
 - Kälte
- Das Zahnfleisch geht zurück
- Beim Kauen benutze ich nur eine Seite
- Ich kaue häufig Kaugummi
- Ich knirsche oder presse mit den Zähnen
 - morgen tagsüber
 - abends nachts
- Meine Zähne sind oft in Zahnkontakt
- Bei Anstrengung / Sport beiße ich die Zähne zusammen
- Ich muss häufig schwer tragen / heben
- Ich sitze viel
- Ich trage häufig eine Tasche mit Schulterriemen
- Ich telefoniere viel und halte den Hörer mit der Schulter
- Ich arbeite viel am Computer
- Ich trage eine Gleitsichtbrille
- Ich bin Raucher
- Ich schlafe schlecht

- Die Beschwerden treten zu bestimmten Tageszeiten auf
 - morgen tagsüber
 - abends nachts
- Die Beschwerden bestehen gleichbleibend dauerhaft
- Die Beschwerden gehen im Urlaub zurück

Wie belastend empfinden Sie Ihre Beschwerden?

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 bis 10 (0=gar nicht, 10=maximal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Lebensumständen (Beruf,

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Familie, Partnerschaft, Soziale Sicherheit, Freundschaften etc.)

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 bis 10 (0=unzufrieden, 10=alles super)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ort / Datum

Unterschrift