

**Sehr geehrte Patienten,**

sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen–Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

**Um für Sie eine reibungslose und effektive Erstuntersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein.**

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

**Versicherter (falls abweichend)**

Name, Vorname

geb.

Straße

Telefonnummer

Wohnort

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

 Ja

 Nein

Arbeitgeber:

Ihre E-Mail Adresse:

Haben / hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündung der Nasennebenhöhlen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Störung von Magen/Darm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit

Nehmen Sie Blutverdünner ein?  
 Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
 Wenn ja, welche?

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien?  
 Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag

Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen?

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Sonstige Angaben, andere Krankheiten:

**Für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet

Zeitschriften / Magazine

Empfehlung durch (w.m mit Namen und Adresse)

**Anliegen:**

Bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen, z.B. Schmerzen, Implantate, Amalgam-Sanierung, Kontrolle, usw.:

**Akute Beschwerden:**

Sind akut Schmerzen im Zahn-/Mundbereich vorhanden? Wenn ja, seit wann?

**Zahnärztliche Anamnese:**

Welche Behandlungen wurden in den letzten 3 Jahren im Zahn-/Mundbereich durchgeführt?

**Gefahren durch Amalgam und Metalle im Mund:**

Wünschen Sie Informationen zu Risiken von Amalgam und Metallen im Mund?

Ja

Nein

**Bitte senden Sie diesen Plan vor Ihrem 1. Termin an unsere Praxis zurück:**

**Informationen und Einwilligung:**

Bitte informieren Sie mich rechtzeitig (spätestens 24 Std. vorher), wenn Sie einen Termin nicht einhalten können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass meine Daten von der medizinischen Abteilung von MEDIDENT BAVARIA® eingesehen werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

# Anamnese biologische Zahnheilkunde, Störfeldanalyse

Sehr viele allgemeingesundheitlichen Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen –mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen-Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

ALLGEMEINANAMNESE: besteht bei Ihnen eine chron. Allgemeinerkrankung wie z.B. Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis usw. und seit wann?

GELENKBESCHWERDEN: Leiden Sie unter Schulter-Armsyndrom, Tennisellbogen, Schmerzen an Knie, Fußgelenk, Hüfte, Bandscheiben usw. und seit wann? Bitte genau beschreiben:

NEBENHÖHLEN: Leiden Sie unter chronischen Entzündungen der Nasenneben-, Stirn- oder Kieferhöhlen?

STOFFWECHSELORGANE: Leiden Sie an Erkrankungen oder Strörungen der Schilddrüse, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?

MAGEN und DARM: Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm – bitte genau beschreiben:

FRAUEN: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

UNTERLEIB: Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Frauen> Myom, Männer> Prostata)?

LUNGE,BRONCHIEN: Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?

HERZ- / KREISLAUFSYSTEM: abnormer Blutdruck, Herzinsuffizienz, Arrhythmien?

ENERGIESTATUS: Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen? Gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein, wenn ja, welche?

## Medical Symptoms Questionnaire

Bewerten Sie jedes der folgenden Symptome, basierend auf Ihrem typischen Gesundheitszustand der letzten 30 Tage und tragen die Werte in die Spalte 1 ein.

0	niemals oder fast nie
1	manchmal – Auswirkungen nicht gravierend
2	manchmal – Auswirkungen stark
3	häufig – Auswirkungen nicht gravierend
4	häufig – Auswirkungen stark

Gebiet	Symptom		
Beispiel	Symptom 1	4	
	Symptom 2	2	
	Symptom 3	3	
Kopf	Kopfschmerzen		
	Mattheit		
	Schwindel		
	Schlaflosigkeit		
Augen	wässrig, brennend, juckend		
	Augenlider geschwollen, rot, verklebt		
	Tränensäcke, schwarze Ringe		
	Sicht verschwommen, Tunnelblick		
Ohren	juckend		
	Ohrenschmerzen, Ohreninfektion		
	Flüssigkeit aus dem Ohr		
	Klingeln im Ohr, Hörverlust		
Nase	verstopft		
	Nebenhöhlenprobleme		
	Heuschnupfen		
	Niesattacken		
Mund/Hals	übertriebene Speichelbildung		
	chronischer Husten		
	räuspfern, häufig Drang auszuspucken		
	schmerzender Hals, Heiserkeit, Stimmverlust		
	geschwollene o. verfärbte Zunge o. Zahnfleisch		

Gebiet	Symptom		
Lippen	Aphthen		
Haut	Akne		
	Nesselsucht, Ausschlag, trockene Haut		
	Haarverlust		
	Hitzewallungen		
	übertriebenes Schwitzen		
Herz	unregelmäßiger Herzschlag		
	schneller oder starker Herzschlag		
	Brustschmerz		
Lunge	Brustenge		
	Asthma, Bronchitis		
	Kurzatmigkeit		
	Atembeschwerden		
Magen-Darm-Trakt	Übelkeit, Erbrechen		
	Durchfall		
	Verstopfung		
	aufgeblähtes Gefühl, Rülpsen, Blähungen		
	Sodbrennen		
	Bauch-/Magenschmerzen		
Gelenke, Muskeln	Gelenkschmerzen, -beschwerden		
	Arthritis		
	Steifheit oder Bewegungseinschränkung		
	Muskelbeschwerden, -schmerzen		
	Schwäche, Müdigkeitsgefühl		
Gewicht	Fressattacken, Trinkattacken		
	Gelüste auf bestimmte Nahrungsmittel		
	Übergewicht		
	zwanghaftes Essverhalten		
	Wasser-Speicherung, Ödeme		
	Untergewicht		

Gebiet	Symptom		
Energie	Müdigkeit, Faulheit		
	Apathie, Teilnahmslosigkeit		
	Hyperaktivität		
	Ruhelosigkeit		
Hirn	schlechtes Erinnerungsvermögen		
	Verwirrtheit, schlechte Auffassung		
	schlechte Konzentrationsfähigkeit		
	schlechte Koordination		
	Entscheidungsschwierigkeiten		
	stottern oder stammeln		
	Lernschwierigkeiten		
Emotionen	Stimmungsschwankungen		
	innere Unruhe, Angst, Nervosität		
	Ärger, Erregbarkeit, Aggressivität		
	Depression		
Sonstiges	häufige Infekte, Krankheiten		