

**Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in: .....  
Name Vorname geb.

Anschrift: .....  
Straße Nr. Tel. tagsüber  
.....  
PLZ Ort

Krankenkasse: .....  
 pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert (Basistarif  ja  nein)

Versicherte/r: .....  
Name Vorname geb. Beruf

Ärztliche Behandlung:	Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kieferorthopädische Behandlung:	Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem und wann? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihr Zahnarzt:	Überweiser: .....	
Grund des Besuches:	.....	
Röntgen:	Wurden Röntgenbilder im Kopf-/Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente:	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nikotin:	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen/Beschwerden?**

Herzerkrankungen:	z.B. Herzmuskelentzündung, angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen:	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel- erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Atemwege:	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates:	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionen:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	HIV oder AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen im Kopfbereich	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Unverträglichkeit gegen.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Hatten oder haben Sie Beschwerden</b>	<b>Häufigkeit/Dauer</b>	<b>Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)</b>										
im Kopf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
an den Schläfen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
im Kiefergelenk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
im Nacken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
an der Schulter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ist Ihr Wohlbefinden eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ist Ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sind Sie beruflich stark belastet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sind Sie familiär stark belastet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sind oder waren folgende Unterkieferbewegungen behindert oder schmerzhaft?	
Kauen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundöffnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten oder haben Sie bei Unterkieferbewegungen Kiefergelenkgeräusche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich (mit/ohne Zahnverletzung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kurzanamnese zahnärztliche Schlafmedizin:	
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Atemaussetzer während des Schlafs (fremdbeobachtet)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Tagesmüdigkeit und ggf. an Sekundenschlaf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Monat:	

**Hobbys (Risikosport). Bei Interesse an einem individuellen Sportmundschutz sprechen Sie uns bitte an.**

.....

Sonstiges: .....

**Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Patient/in