

Ihr erster Besuch in der CMD-Sprechstunde

Um Ihre Untersuchung und Behandlung möglichst gezielt zu gestalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name: Vorname: geb.:
 Straße: Tel. privat: Beruf:.....
 PLZ: Ort: geschäftl.: E-Mail

Versicherter (nur ausfüllen, falls Sie nicht selbst versichert bzw. über Ihre Eltern etc. versichert sind)

Name: Vorname:..... geb.:
 Straße:..... PLZ: Ort: Tel.:

Sie wurden zu uns überwiesen / empfohlen von

Sie sind versichert bei der

Erkrankungen:

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
 - Allergien, s.u.
 - Asthma (schwere Atemnot)
 - Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Bluter-Krankheit
 - Besteht eine Schwangerschaft ?
 - Nehmen Sie Medikamente ein ?
 - Herzinfarkt/ Schlaganfall
 - Blutdruck: zu hoch / zu niedrig ?
 - Herzschrittmacher
 - künstliche Herzklappe
 - Blutkrankheiten
 - ja, im Monat
 - ja, und zwar
 - Infektionskrankheiten:
 - AIDS. TBC
 - Hepatitis A / B / C
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Blutgerinnungsstörung
 - nein
 - nein
- weitere Medikamente /Allergien:.....

Momentane Gesundheitsprobleme

- Schwindel, Gleichgewichtsstörung oder Gangunsicherheit; wenn Ja!, es überwiegt
- Kribbeln oder Taubheitsgefühl im Arm/Finger Bein wenn Ja!, wo genau?:
- Schmerzen treten auf in/im Kopf Kiefer Nacken Schulter Rücken Hüfte Brustbereich
 Die Schmerzen treten vorrangig in/im rechts links beidseits auf.
 Die maximale Schmerzintensität (s.1-10, 10=stärkste Sz.) in den letzten 7 Tagen hatte die Stärke von:
- Ohr- bzw. Kiefergelenkgeräusche sind nicht vorhanden vorhanden: rechts links beidseits

Auffälligkeiten

- unruhiger Schlaf
- Schmerzen: morgens am Tage abends
 Wie häufig? - Mal in der Woche
- Verspannung der Kiefermuskulatur
- häufige Rachen- oder Nasenwegsinfektionen
- Die Mandeln wurden entfernt.
- Fehlhaltung des Kopfes oder der Schultern
- Wirbelsäulenprobleme (Skoliose, Beinverkürzung etc.)
- Die Beweglichkeit ist schmerzhaft bei der Bewegung des
 Kopf-/Halsbereiches Schultergelenkes Rückens.
- Atemprobleme / Kurzatmigkeit
- Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Haben Sie wiederkehrende Beschwerden an Zähnen im Ruhezustand oder bei Druck? nein

Wurden vor dem Beginn Ihrer Beschwerden Zahnbehandlungen durchgeführt, wenn ja welche?

.....

Was ist Ihr Anliegen?

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein vereinbarter Behandlungstermin ausdrücklich für Sie reserviert ist. Terminabsagen sind bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Ein Nichterscheinen ohne Absage bis 24 h vor dem Eingriff kann zur Folge haben, dass der entstandene Leistungsausfall in Rechnung gestellt wird.

Köln, den

.....
 Unterschrift Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter

Sie können sich ausweisen durch Versichertenkarte Personalausweis/Reisepass Nr: