

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
- Asthma (schwere Atemnot)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Bluter-Krankheit
- Besteht eine Schwangerschaft ?
- Nehmen Sie Medikamente ein ?
- Brillenträger
- 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 Hinweise:

Momentane Gesundheitsprobleme

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

Auffälligkeiten

- unruhiger Schlaf
- Schmerzen: o morgens o am Tage o abends
Wie häufig? - Mal in der Woche
- Verspannung der Kiefernuskulatur
- häufige Rachen- oder Nasenwegsinfektionen
- Fehlhaltung des Kopfes oder der Schultern
- Wirbelsäulenprobleme (Skoliose, Beinverkürzung etc.)
- Die Beweglichkeit ist schmerzhaft bei der Bewegung des
o Kopf-/Halsbereiches o Schultergelenkes o Rückens.
- Atemprobleme / Kurzatmigkeit

Fragen / Wünsche:

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 Ihre Versichertenkarte Personalausweis/Reisepass Nr: