

# Eingangsfragebogen CMD PhysioConcept Rekert

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** Privat: \_\_\_\_\_ Berufl.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Sport/ Hobby:** \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuches?  
\_\_\_\_\_

Waren Sie in letzter Zeit in Behandlung bei: ja nein

Zahnarzt

Kieferorthopäde

Arzt

Erlitten Sie einen Unfall/ Schlag im Kopf-/Halsbereich?

Haben Sie Schmerzen, Beschwerden oder

Verspannungen im/am:

Kopf (allgemein)?

Schläfen? li  re

Ohrbereich/Kiefergelenke? li  re

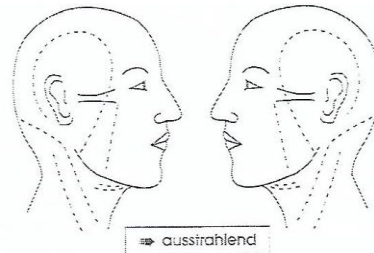
Nacken? li  re

Schulter? li  re

Andere (z.B. Wirbelsäule, andere Gelenke)?

Wo? \_\_\_\_\_

Ort und Ausbreitung der Schmerzen/Beschwerden



Qualität des Schmerzes (z.B. dumpf, stechend):  
\_\_\_\_\_

Zeitpunkt des Schmerzes:

morgens  abends  nachts

bestimmter Anlass  beim Essen und kauen

Dauer des Schmerzes: \_\_\_\_\_ Minuten

\_\_\_\_\_ Stunden

Häufigkeit des Schmerzes:

Täglich  1-2 mal/Woche

1-2 mal/Monat  seltener

Wann traten die Beschwerden erstmals auf?  
\_\_\_\_\_

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

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

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie stark beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Leistungsfähigkeit?

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

gar nicht sehr stark

weiter auf Seite 2 >

	ja	nein
Sind/waren kauen <input type="checkbox"/> , Kieferöffnung <input type="checkbox"/> , Kieferschluss <input type="checkbox"/> und/oder eine andere Unterkieferbewegung ( _____ ) behindert (1) oder schmerzhaft (2)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen Sie bevorzugt auf der linken <input type="checkbox"/> , rechten <input type="checkbox"/> Seite oder beidseitig? <input type="checkbox"/>		
Kiefergelenkgeräusche <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> seit _____		<input type="checkbox"/>
Passen die Zähne richtig aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen ein Taubheitsgefühl im Kopf-/Gesichtsbereich (auch Zungen-/Gaumenbrennen) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände</b>	ja	nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Beschwerden mit dem Herzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____		
Was und wie viel trinken Sie am Tag (Kaffee, Wasser,...)? _____		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Wenn ja, welche(n)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WICHTIG:</b>		
<b>Eine Terminabsage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung zu stellen.</b>		
<b>X</b> _____ (Ort, Datum)	<b>X</b> _____ (Unterschrift)	
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!		