

Patientenfragebogen für eine Heilmittelverordnung und CMD/ KB/ FAL Behandlung

Fragen an den Patienten:

Wo haben Sie Beschwerden?

- Kopfschmerzen
 - Gesichtsschmerzen
 - Verspannungen im Gesicht
 - Nackenschmerzen
 - Verspannungen im Nacken
 - Rückenschmerzen
 - Verspannungen im Rücken
 - Schulter-Arm-Schmerzen
 - Verspannungen im Schulter-Arm-Bereich
 - Becken-Bein-Schmerzen
 - Verspannungen im Becken-Bein-Bereich
 - Kiefergelenks- bzw. Ohrenschmerzen
 - Kiefergelenksgeräusche
 - Bewegungsabweichungen des Unterkiefers
 - Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers
 - Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule
 - Tinnitus
 - Welche Symptome haben Sie?
 - Schwindel
 - Schnarchen
 - Schlafstörungen
 - Tagesmüdigkeit
 - Schluckstörungen
 - Kloßgefühle
 - Zahnfleischbluten
 - Zahnschmerzen
 - Zahnempfindlichkeiten
 - Zahnlockerungen
 - Zahnabrieb
 - Zahnfehlstellungen
 - Kieferfehlstellungen
 - Bissstörungen
 - Ästhetische Störungen
- Sonstiges:

Anamnese des Patienten:

- Sport
- Arbeitssituation
- Belastungen
- Unfälle
- Sonstiges
-
- Welche Medikamente nehmen Sie ein?
- Medikation
-
- Bemerkungen
-
- Was wünscht der Patient? Was ist sein Ziel?
-
- Abklärung möglicher craniomandibulärer Dysfunktionen
- Schmerzbehandlung, Behandlung der Verspannungen
- Behandlung der Kiefergelenkgeräusche
- Behandlung des Tinnitus
- Behandlung des Schwindels
- Behandlung des Schnarchens
- Behandlung der Schluckstörungen
- Behandlung der Kloßgefühle
- Parodontale Behandlung
- Zahnerhalt
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Bisskorrektur
- Ästhetische Korrektur
- Erwünschte Handlung vom Überweiser:
- Konsil zur Differenzierung
- Konsil zur Diagnostik und Therapieplanung
- Überweisung zur Diagnostik und Therapie der CMD
- Überweisung ausschließlich zur Funktionsbehandlung der CMD

Bemerkungen und Vorgehensweise: