

Bitte beantworten Sie diese Fragen sehr gewissenhaft - Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

Allgemeine Daten	
Frau / Herr	
Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Straße	
Land, PLZ und Wohnort	
Telefon Privat	
Telefon Arbeit	
Email Adresse	
Beruf und Arbeitgeber	
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?	

Gesundheitsfragen
Welches sind Ihre drei Hauptbeschwerden?
1.
2.
3.
Was ereignete sich kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden und war vielleicht der Auslöser? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.)
Sind Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel) bekannt? Wenn ja, welche?
Sind Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrungsmittel) bekannt? Wenn ja, welche?

## Kopf / Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne? Falls ja, wie häufig?	
<b>Augen</b> Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makuladegeneration, usw.	
<b>Ohren</b> links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche (Tinnitus), usw.	
<b>Nase</b> Operationen, Heuschnupfen, usw.	
<b>Hals/Mandeln</b> Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/ heute, Halsschmerzen, Mundgeruch	

### Zähne/Mund (bitte auswählen)

Zahnfleischblutung?	Ja	Nein		
Zähneknirschen?	Ja	Nein		
Gibt es auf heiß/kalt empfindliche Zähne?	Ja	Nein		
Gibt es wurzelbehandelte Zähne?	Ja	Nein		
Haben Sie Amalgamfüllungen?	Ja	Nein		
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	Ja	Nein	Wie viele? <input type="text"/>	Wann? <input type="text"/>
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	Ja	Nein	Womit wurde ausgeleitet?	<input type="text"/>
Kronen/Teilkronen aus Metall?	Ja	Nein		

## Akute zahnmedizinische Beschwerden

Welche?	
Wo und seit wann?	
Zahnärztliche Behandlungen in den letzten 3 Jahren - Welche?	

### Frühere u. chronische Erkrankungen u. Operationen (ggf. separates Blatt nutzen)

z.B. Diabetes mellitus, Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunerkrankung

### Krebserkrankungen

Leiden Sie an einer Krebserkrankung? Wenn ja, welche Therapien haben Sie dafür erhalten u. wann?

### Bewegungsapparat

Rücken-OPs, Verspannungen, Schmerzen, Bandscheibenprobleme HWS/ BWS/ LWS, Skoliose, Rheuma, Knie-, Hüftbeschwerden

### Allgemeines

Nikotinkonsum      Ja      Nein      Wenn ja (Anzahl Zigaretten, etc.)

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie? Ja      Nein

Sind oder waren Sie in ärztlicher Behandlung in den letzten 6 Monaten, wenn ja, weshalb? Ja      Nein

### Medikamente

Sind oder waren Sie in einer Therapie mit Bisphosphonaten/antiresorptiven Medikamenten? Ja      Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein und/oder bekommen regelmässig Infusionen/Injektionen? Wenn ja, welche? (z.B. Blutverdünner, Kontrazeptiva, Impfungen (auch gegen SARS-CoV-2), Statine, Allopurinol, Antikörpertherapie/Biologica/Immunsuppressiva, Osteoporose-Medikamente, ...) (ggf. separates Blatt nutzen)

Präparat	Dosierung	Einnahme seit

Bitte bringen sie evtl. vorhandene Laborergebnisse mit (für die Chronologie der Krankengeschichte ggf. separates Blatt nutzen)

### Sonstige Anmerkungen

### Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Datum

Unterschrift