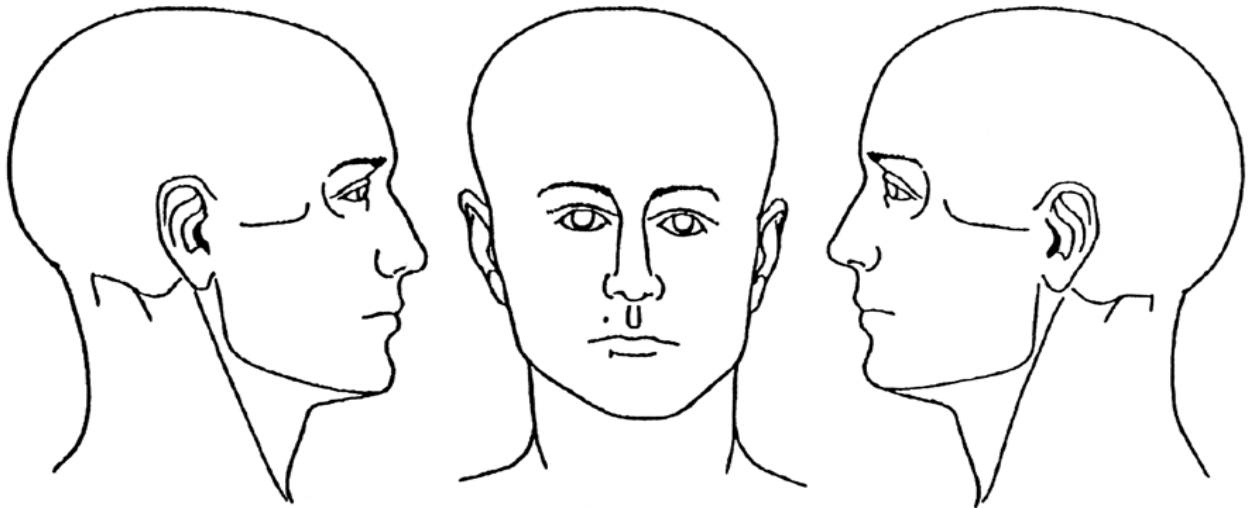


Anamnese - CMD -

Patientenname:		Vorname:		geb.:	
persönliche Daten	Wohnort:		Straße:		
	Tel. privat:		Tel. tagsüber:		
	Krankenkasse:		E-Mail:		
	☐ pflichtversichert ☐ privat versichert (Basistarif ☐ ja ☐ nein) ☐ private Zusatzversicherung				
	Name des Hauptversicherten:			geb.:	
	Beruf:				
	Besteht ein geteiltes Sorgerecht ?			ja ☐ nein ☐	
	wenn ja, Name des 2. Sorgeberechtigten:				
	Wohnort:		Straße:		
	Tel. privat:		Tel. tagsüber:		
	behandelnder Zahnarzt:				
	Hausarzt:				
	Ich komme auf Empfehlung von:				
	Möchten Sie am Recall (Terminerrinnerungssystem) teilnehmen ?			ja ☐ nein ☐	
Röntgen	Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten !				
	Wurde der Patient schon einmal geröntgt ?			ja ☐ nein ☐	
	Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate ?			ja ☐ nein ☐	
	Wenn ja, bei welchen Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus ?				
	Besitzt der Patient einen Röntgenpass ?			ja ☐ nein ☐	
	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?			ja ☐ nein ☐	
Anamnese	Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?				
	Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?				
	Seit wann haben Sie diese Beschwerden?				
Was war der Auslöser dieser Beschwerden?					
Wodurch werden Ihre Beschwerden gelindert?					
Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?					

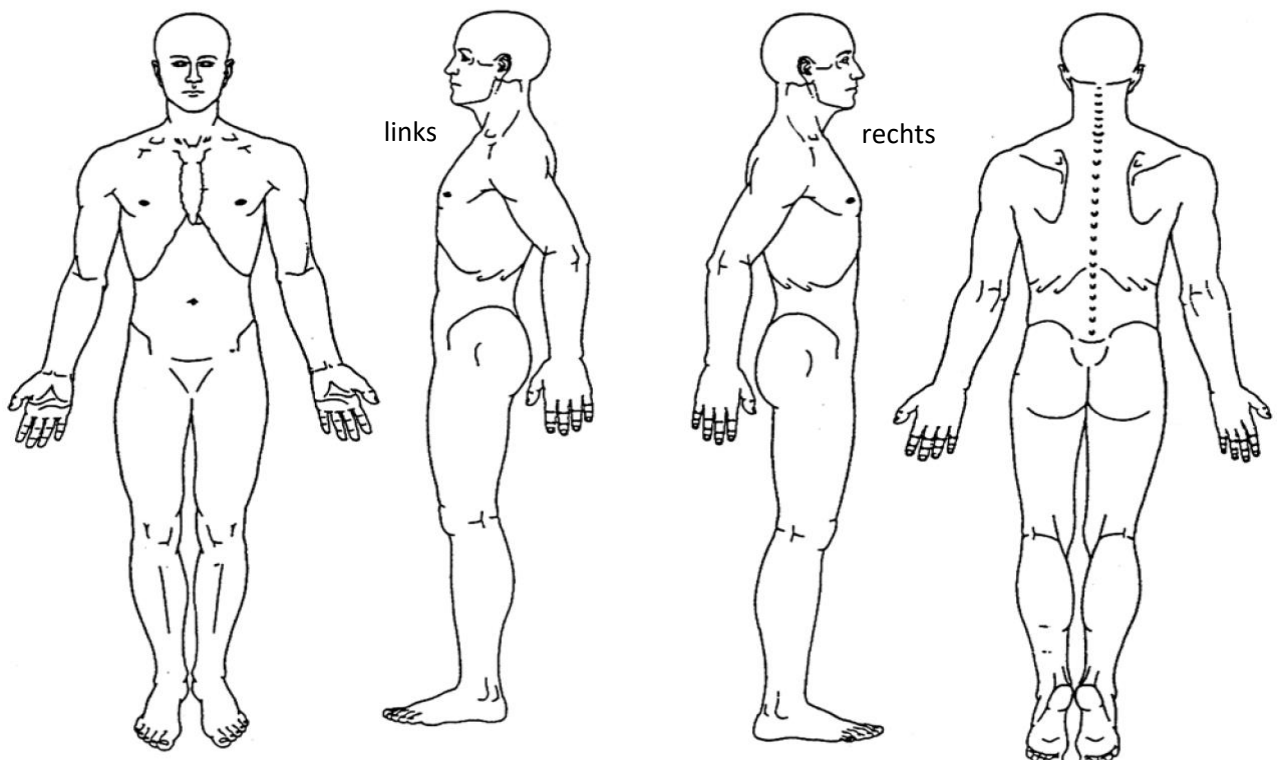
Bitte zeichnen Sie genau ein, wo Sie am Kopf Schmerzen haben!



Schmerzlokalisierung - Kopf/Gesicht

Wie stark sind Ihre Schmerzen heute?	[0]	kein Schmerz								extrem starker Schmerz [10]	
Zahnschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Schmerzen im Kiefergelenk	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kaumuskelschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Gesichtsschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Schmerzen hinter den Augen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Ohrenschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kopfschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Halsschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Nackenschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]

Bitte zeichnen Sie genau ein, wo Sie am Körper Schmerzen haben!



Schmerzlokalisierung - Körper

Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet durch Schraffierung (farbig).

Wie stark sind Ihre Schmerzen heute?		[0] kein Schmerz extrem starker Schmerz [10]										
Schmerzlokalisierung - Körper	Schulterschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Ellenbogenschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Schmerzen in Hand oder Handgelenk	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Schmerzen im oberen Rücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Schmerzen im mittleren Rücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Schmerzen im unteren Rücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Hüftgelenkschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Kniegelenkschmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
	Schmerzen im Fuß oder im Fußgelenk	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Bitte kreuzen Sie an:												
Ohr	Ohrgeräusche	ja	☐	nein	☐	„belegte“ Ohren			ja	☐	nein	☐
	Hörminderung	ja	☐	nein	☐	Schwindelgefühle			ja	☐	nein	☐
Nase	Nasennebenhöhlenentzündung	ja	☐	nein	☐	Atembeschwerden			ja	☐	nein	☐
	Hals- und Rachenentzündungen	ja	☐	nein	☐	„verstopfte“ Nase			ja	☐	nein	☐
	Schnarchen/Atemaussetzer	ja	☐	nein	☐	Heuschnupfen			ja	☐	nein	☐
Augen	Lichtempfindlichkeit	ja	☐	nein	☐	Schielen			ja	☐	nein	☐
	Augenentzündungen	ja	☐	nein	☐	Sehstörungen			ja	☐	nein	☐
	zitterndes Augenlid	ja	☐	nein	☐	trockene Augen			ja	☐	nein	☐
Hals	Schluckbeschwerden	ja	☐	nein	☐	Kloßgefühl im Hals			ja	☐	nein	☐
	Bandscheibenvorfall	ja	☐	nein	☐	Nackensteifigkeit			ja	☐	nein	☐
Rücken	Bandscheibenvorfall	ja	☐	nein	☐	Steifheit im Rücken			ja	☐	nein	☐
	Kälteempfindlichkeit im Rücken	ja	☐	nein	☐							
Arm	Beweglichkeitseinschränkung	ja	☐	nein	☐							
	Kribbeln/Taubheitsgefühle	ja	☐	nein	☐							
Beine	Schwäche der Beinmuskulatur	ja	☐	nein	☐							
	Kribbeln/Taubheitsgefühle	ja	☐	nein	☐							
Stress	berufliche Sorgen/Konflikte	ja	☐	nein	☐	Unentschlossenheit			ja	☐	nein	☐
	private Sorgen/Konflikte	ja	☐	nein	☐	Gedächtnisstörung			ja	☐	nein	☐
	starke Nervosität und Unruhe	ja	☐	nein	☐	Gereiztheit			ja	☐	nein	☐
	Traurigkeit und Kummer	ja	☐	nein	☐	Ängstlichkeit			ja	☐	nein	☐
	Grübeln und Sorge vor der Zukunft	ja	☐	nein	☐	Schlafstörungen			ja	☐	nein	☐
	Konzentrationsstörungen	ja	☐	nein	☐	Appetitlosigkeit			ja	☐	nein	☐
	deprimierte Stimmung	ja	☐	nein	☐	Gewichtsverlust			ja	☐	nein	☐
	Stimmungsschwankungen	ja	☐	nein	☐	"neben sich stehen"			ja	☐	nein	☐

Bitte kreuzen Sie an:								
allgemeine Beschwerden	Herz-Kreislauf-Beschwerden	ja	☐	nein ☐	Bewegungsmangel	ja	☐	nein ☐
	Magenbeschwerden	ja	☐	nein ☐	Übergewicht	ja	☐	nein ☐
	Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung	ja	☐	nein ☐	Infektanfälligkeit	ja	☐	nein ☐
	Asthma / chronische Bronchitis	ja	☐	nein ☐	Kurzatmigkeit	ja	☐	nein ☐
	Hautausschläge / Hautjucken	ja	☐	nein ☐	Allergien	ja	☐	nein ☐
	Stoffwechselerkrankungen	ja	☐	nein ☐	Verstopfung	ja	☐	nein ☐
	Nieren-/Blasenbeschwerden	ja	☐	nein ☐	Blähungen	ja	☐	nein ☐
	Hormonelle Erkrankungen	ja	☐	nein ☐	Durchfälle	ja	☐	nein ☐
	Menstruationsstörungen	ja	☐	nein ☐		ja	☐	nein ☐
Bitte hier eintragen:								
Sonstiges								
Bisherige Behandlungen:		(Name, Anschrift)						
Bisherige Behandlungen	Orthopäde/in	☐						
	Physiotherapeut/in	☐						
	Osteopath/in	☐						
	Chiropraktiker/in	☐						
	Hals-Nasen-Ohrenarzt/in	☐						
	Neurologe/in	☐						
	Internist/in	☐						
	Psychologe/Psychotherapeut/in	☐						
	Spezialklinik	☐						
	Akupunkteur/in	☐						
	Homöopath/in	☐						
	Heilpraktiker/in	☐						
	Sonstige	☐						

Datum: _____

Unterschrift: _____