Erweiterte Anamnese für Patienten mit CMD

(Zähnepressen, -reiben, Muskel- und Gelenkbeschwerden)

REUSCH
ZAHNMEDIZIN

Um es mir zu erleichtern, einen Überblick über Ihre Beschwerden zu erhalten,
beantworten Sie mir bitte die folgenden Fragen ausführlich und senden mir die Unterlagen zurück:

Sollte der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie ein zusätzliches Blatt Papier zu verwenden.

1. Waren Sie früher häufiger erkrankt?	Nein ☐	Ja ☐	
2. Wann haben die Beschwerden begonnen?			
3. Gibt es für Sie eine Ursache?	Nein ☐	Ja ☐	
4. Gab es zu diesem Zeitpunkt eine Änderung Ihrer Lebensumstände oder ein einschneidendes Ereignis?	Nein ☐	Ja ☐	

Welchen weiteren Verlauf haben Ihre Beschwerden genommen? Führen Sie bitte chronologisch auf:

5. Welche Ärzte wurden aufgesucht, welche Untersuchungen durchgeführt? _____

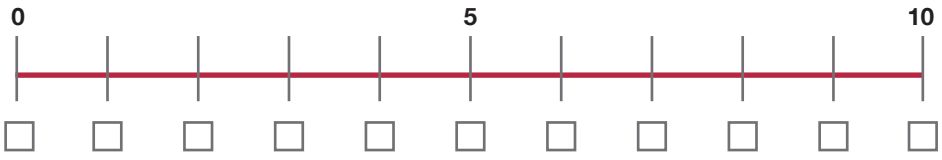
6. Welche Befunde und Diagnosen haben sich ergeben? _____

7. Welche Behandlungen wurden durchgeführt? _____

8. Welche Medikamente wurden verordnet? _____

9. Wie und wann äußern sich Ihre Beschwerden momentan? _____

10. Wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen:



keine Schmerzen — **unerträgliche Schmerzen**

11. Was hilft gegen Ihre Schmerzen? _____

12. Warum glauben Sie, dass eine zahnärztliche Behandlung Ihnen helfen kann? _____

Ihre Antworten dienen nur zu meiner Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Praxis Dr. Reusch / Neustraße 30 / 56457 Westerburg / Tel.: +49 2663 9119014 / Fax: +49 2663 9119020 / E-Mail:reusch-westerburg@t-online.de