

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?

Augen

Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makuladegeneration, usw.

Ohren

links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche (Tinnitus), usw.

Nase

Operationen, Heuschnupfen, usw.

Hals/Mandeln

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? Wann?

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein Womit wurde ausgeleitet?

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