

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sport, Hobbies: \_\_\_\_\_

1. Beschreiben Sie kurz Ihre Hauptbeschwerden:

\_\_\_\_\_

Wo haben Sie Beschwerden:

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden:

2. Nebenbeschwerden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Erwähnen Sie Ihre Operationen, ernsthafte Erkrankungen, Gehirnerschütterungen und/oder weitere Unfälle, Knochenbrüche, Prellungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Welche Medikamente nehmen Sie und wofür:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Heben sie folgende Symptome?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber                                     | <input type="checkbox"/> Starke Müdigkeit        |
| <input type="checkbox"/> Durchfall                                  | <input type="checkbox"/> Allergien               |
| <input type="checkbox"/> Verstopfungen                              | <input type="checkbox"/> Zahnbeschwerden         |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz                                | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen         |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Wasserlassen          | <input type="checkbox"/> Magen-u/o. Darmprobleme |
| <input type="checkbox"/> Unerwünschter Gewichtsverlust (>5kg/Monat) | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung        |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Ohnmacht                         | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit        |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen                                  | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit                                   | <input type="checkbox"/> Pilzinfektion           |
| <input type="checkbox"/> Übermäßiger Durst                          | <input type="checkbox"/> Keiner der aufgeführten |
| <input type="checkbox"/> Übermäßiges Harnlassen                     | Punkte trifft zu                                 |
| <input type="checkbox"/> Spirale                                    |  |

6. Bitte wählen Sie aus, wenn folgende Nebenerkrankungen o. Ereignisse auf Sie zutreffen oder in den letzten 6 Wochen anwesend waren.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                   | <input type="checkbox"/> Osteoporose               |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis               | <input type="checkbox"/> Arthrose                  |
| <input type="checkbox"/> bösartige Tumore/ Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Frakturen                 |
| <input type="checkbox"/> häufige Blasenentzündung            | <input type="checkbox"/> langfristige Kortisongabe |

7. Besteht eine Schwangerschaft, befinden Sie sich in der Stillzeit oder in den Wechseljahren?

---

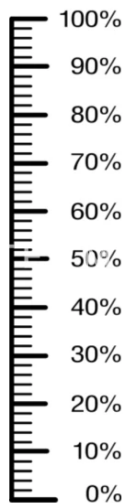
8. Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter, in welcher Form

---

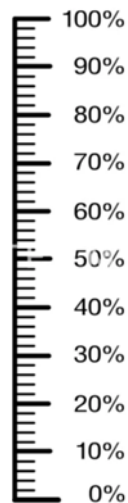
9. Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte kreuzen Sie entsprechend an.

Allgemeine durchschnittliche Leistungsfähigkeit:

körperlich:



geistig:



Sollte die Leistungsfähigkeit stark schwanken, tragen Sie bitte die Spanne von-bis ein.

Sind Sie beim Aufstehen morgens erholt?       Ja                                       Nein

Schlaf (Wann ins Bett? Wie viele Stunden täglich? Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten?)

---



---



---

Allgemeines Wohlbefinden:



Allg. empfundene durchschnittliche Stressbelastung:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

keine

maximal

10. Zahnärztliche Behandlung:

Letzter Zahnarztbesuch: \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es eine kieferorthopädische Behandlung? Haben Sie eine Aufbisschiene getragen, oder tragen Sie derzeit eine solche Schiene?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zahnersatz: Krone, Brücke, Implantate, Wurzelbehandelte/wurzelspitzenresezierte Zähne

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift