

Aufnahmebogen

Zutreffendes bitte mit ja ankreuzen

Ärztliche Behandlung	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung: _____	ja <input type="checkbox"/> O
Hausarzt/Facharzt	Name, Str., Tel.	
Allergien	Besitzen Sie einen Allergiepass? Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Herzerkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma, Angina Pectoris? Sonstiges? _____	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Kreislaufferkrankungen	zu hoher Blutdruck? zu niedriger Blutdruck? Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges? _____	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Vegetative Erkrankung	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Typ I Typ II Magen-Darmerkrankung? Schilddrüsenerkrankung? Sonstiges? _____	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Erkrankung des Nervensystems	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe? Sonstiges? _____	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges? _____	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)? A B C Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O ja <input type="checkbox"/> O
Drogen- oder Alkoholabhängigkeit		ja <input type="checkbox"/> O
Röntgen	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____	ja <input type="checkbox"/> O
Schwangerschaft	Wenn ja, in welchem Monat? _____	ja <input type="checkbox"/> O

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderung der obigen Angaben mit

Münster _____

Unterschrift _____

Funktionsstörungen

Name _____

Datum _____

Fotos _____

Erstbefund **rot**

1. Kontrolle **blau**

2. Kontrolle **schwarz**

		leicht	mittel	schwer
Kopfschmerzen/Migräne morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/>	links			
	rechts			
Kiefergelenksschmerzen Kiefergelenksknacken	links			
	rechts			
Schwindel, Drehschwindel Ohrgeräusche (Tinnitus)	links			
	rechts			
Hörvermögen gemindert	links			
	rechts			
Zahnschmerzen (Druckschmerz)	Oberkiefer			
	Unterkiefer			
Nackenschmerzen	links			
	rechts			
Schulterschmerzen	links			
	rechts			
Rückenschmerzen		Brust <input type="checkbox"/>	Lenden <input type="checkbox"/>	Halswirbel <input type="checkbox"/>
Schmerzen ausstrahlend in die Arme?	links			
	rechts			
Schmerzen ausstrahlend in die Beine?	links			
	rechts			
Schmerzen ausstrahlend in die Füße?	links			
	rechts			
Schwindel/ Drehschwindel				
Verspannung der Mundmuskulatur u. Wangenmuskulatur wann?		morgens	mittags	abends
	rechts			
	links			