

Ganzheitliche ZahnMedizin –FB:A– (Fax)

Name/Vorname:

geb.:

Straße/Nr.:

PLZ/Stadt:

Tel.: home/mobil

email:

**Ich hätte
gerne einen
Termin...**

am frühen
Vormittag

am späten
Vormittag

am frühen
Nachmittag

am späten
Nachmittag

1. Meine aktuellen Beschwerden sind ...

2. Diese Beschwerden habe ich seit ca. ...

3. Als Auslöser vermute ich ...

4. Ich war deswegen
bereits in ...

**zahnärztlicher
Behandlung**

**ärztlicher
Behandlung**

**naturheilkundlicher
Behandlung**

5. Habe folgende weitere Beschwerden ...

6. Mein Hauptanliegen ist ...

Zahnärztliche Anamnese

- Habe keine Füllungen oder Kronen
- Habe ca. Amalgam-Füllungen
- Habe ca. Kunststoff-Füllungen
- Habe ca. Keramik-Füllungen
- Habe ca. Gold-Füllungen
- Habe Wurzelbehandlungen/tote Zähne
- Habe Kronen bzw. Brücken (aus -Material)
- Habe eine/zwei Prothesen
- Mein Zahnfleisch blutet gelegentlich
- Wurde bereits wegen Parodontose behandelt
- Habe wegen Parodontose bereits Zähne verloren
- Mir wurden Weisheitszähne entfernt
- Hatte bereits eine Wurzelspitzen-Entfernung
- Hatte bereits einen Zahn-/Kiefer-Abszess
- Habe Zahn-Implantate
- Hatte bereits Antibiotika-Einnahme wegen Zähnen
- Hatte bereits Zahn-/Kieferverletzung
- Hatte bereits Kieferhöhlen-Entzündungen
- Hatte bereits eine Zahn-Spange

CMD- und andere Beschwerden

- Ich knirsche oder presse mit den Zähnen.
- Habe Verspannungen der Wangen/des Gesichts.
- Habe das Gefühl, mein Biss stimmt nicht
- Meine Zähne passen nicht richtig aufeinander
- Meine Zähne werden kürzer
- Kann Mund nicht mehr richtig weit öffnen
- Kiefer weicht bei Mundöffnung zur Seite aus
- Geräusche im Kiefergelenk (Knacken, Reiben)
- Mein Kiefer-(Gelenk) fühlt sich blockiert an
- Habe Schmerzen der Kiefergelenke
- Habe/hatte eine Aufbiss-Schiene
- Habe Zahnschmerzen
- Habe Zungen- oder Mundbrennen
- Habe Taubheit im Mundbereich
- Habe Metallgeschmack
- Habe Gesichtsschmerzen
- Habe Nacken-/Schulter-Verspannungen
- Habe Kopf-Schmerzen / Migräne
- Habe Ohr-Geräusche (Tinnitus)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.
**Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an
0.22.32/21.39.436 o. Scan an info@ganzerzahn.de**

Datum/Unterschrift Patient/in