



»CMD«Erstprechstunde

Damit wir uns gut auf Ihre »CMD«Erstprechstunde vorbereiten können, senden Sie die Formulare bitte vorher an: praxis@dr-peter-grewe.de, oder an Praxis Dr. Grewe, Schildergasse 120, 50667 Köln. Vielen Dank!

PATIENT*IN

Name Vorname Geburtstag

Straße PLZ Ort Beruf

Tel. (priv.) Tel. (gesch.) Mail

heutiges Datum

VERSICHERTE*^R (bitte nur ausfüllen, falls Sie nicht selbst versichert bzw. über Ihre Eltern etc. versichert sind)

Name Vorname Geburtstag

Straße PLZ Ort Tel.

Versicherung Überweisung / Empfehlung durch

> Sie können sich ausweisen durch Versichertenkarte Nr. Ausweis / Pass Nr.

GESUNDHEIT > STATUS

- Schwangerschaft Monat
- Herzinfarkt / Schlaganfall
- Blutdruck zu hoch zu niedrig
- Hepatitis A B C
- Fehlhaltung Kopf / Schultern
- Kiefermuskulatur verspannt
- häufige Rachen- / Nasenwegsinfektionen
- Empfindlichkeit bei Lärm, Stress
- Atemprobleme / Kurzatmigkeit
- Allergien
- Erkrankungen
- führen Sie im Alltag Haltungs- und Bewegungsübungen aus? welche?
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Herzschrittmacher
- Blutgerinnungsstörung
- AIDS TBC
- häufige Gelenk- / Muskelschmerzen
- Ohrgeräusche re li beidseits
- die Mandeln wurden entfernt
- Tinnitus re li beidseits
- wie lange kommen Sie ohne Essen aus? Stunden weniger als 2 Stunden
- Epilepsie (Anfallsleiden)
- künstliche Herzklappe
- Blutkrankheit
- Schilddrüsenerkrankung
- Wirbelsäulprobl. (Skoliose, Beinverkürz. etc.)
- Kiefergelenkgeräusche re li beidseits
- Mundgeruch ja nein
- chronische Müdigkeit, Vergesslichkeit

STÜRZE, BRÜCHE, UNFÄLLE

- bis zum 13. Lebensjahr Alter
- ab dem 14. Lebensjahr Alter

OPERATIONEN

- in Vollnarkose bis zum 13. Lebensjahr (z. B. Entfernung der Mandeln) Alter
- in Vollnarkose ab dem 14. Lebensjahr (z. Bsp. zur Entfernung der Weisheitszähne) Alter

SCHLAFSTÖRUNGEN

- unruhiger Schlaf
- Schlaf vorwiegend in Rückenlage
- Alpträume führen zum Erwachen
- die Nase schwillt nachts zu in Linkslage links in Rechtslage rechts
- Herzjagen, Schweißausbrüche, Luftnot
- nächtliches „Einschlafen“ oder »Taubwerden« von Armen / Händen rechts links welche Lage

Name Vorname Geburtstag

SCHMERZEN, BESCHWERDEN

- o seit Monat / Jahr o-mal pro Woche o morgens o tagsüber o abends
- o Kopf o Kiefer o Nacken o Schulter o Rücken o Hüfte o Brustbereich wo genau? o rechts o links o beidseits
- wo am intensivsten? am / im
- o bei Bewegung des o Kopfbereiches o Halsbereiches o Schultergelenkes o Rückens
- o wiederkehrende Schmerzen an Zähnen im Ruhezustand / bei Druck?
- > wo treten die Hauptbeschwerden auf?
- > wodurch werden Ihre Beschwerden konkret ausgelöst / verstärkt?
-
-
-
-
- > was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Beschwerden?
-
-
-

SCHMERZEN, BESCHWERDEN > INTENSITÄT > LETZTE 3 MONATE

> wir bitten Sie alle Fragen mit Ziffern zwischen 1 und 10 zu bewerten – so, wie es für Sie am ehesten zutrif (nur ein Kreuz pro Frage)

← kein Schmerz / keine Beeinträchtigung maximaler Schmerz / außerstande zu Handeln →

> wie stark sind Ihre Schmerzen jetzt im Augenblick?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> maximale Schmerzintensität der letzten 7 Tage?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> maximale Schmerzintensität der letzten 3 Monate?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> durchschnittliche Schmerzintensität der letzten 3 Monate?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> wie hoch war die Beeinträchtigung der alltäglichen Beschäftigungen in den letzten 3 Monaten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> wie hoch war die Beeinträchtigung der Familien- und Freizeitaktivitäten in den letzten 3 Monaten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> wie hoch war die Beeinträchtigung der Arbeit / Hausarbeit in den letzten 3 Monaten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

> an wievielen Tagen konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen Ihre gewohnte Tätigkeit nicht ausüben? Tage

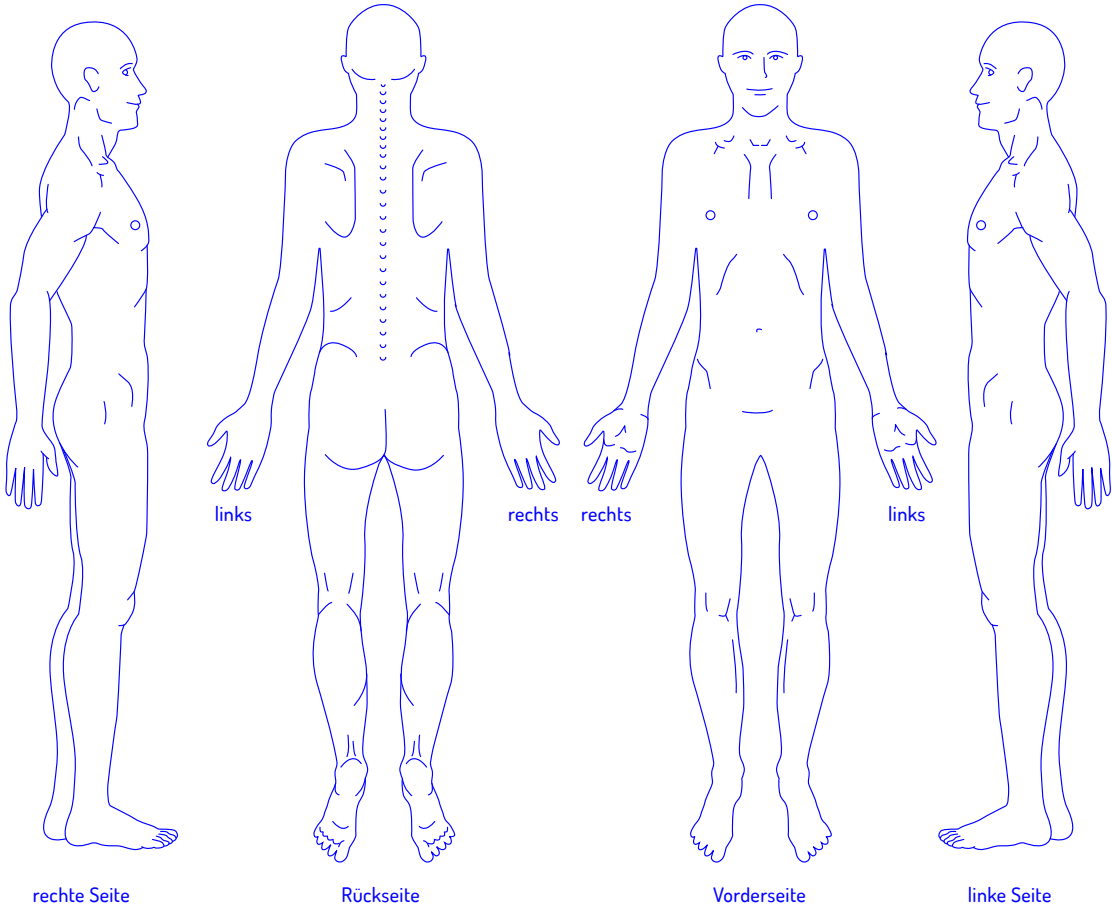


Name Vorname Geburtstag

SCHMERZEN, BESCHWERDEN > INTENSITÄT / ORTE

> bitte verzeichnen Sie im Schmerzbild ihre Schmerzen wie folgt

- 1-10 Schmerzstärke (10 = maximal)
- ✕ punktuelle Schmerzen
- ausstrahlende Schmerzen
- /// diffuse Schmerzen



SCHMERZEN, BESCHWERDEN > BESCHREIBUNG

> bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen / Beschwerden möglichst präzise mit eigenen Worten

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Name Vorname Geburtstag

BEHANDLUNGEN > KIEFER- UND GESICHTSSCHMERZEN

- hatten Sie wegen Kiefer- oder Gesichtsschmerzen jemals eine SchmerzOperation (inkl. dem Ziehen von Zähnen zur Schmerzlinderung)?
- hatten Sie wegen Kiefer- oder Gesichtsschmerzen insgesamt mehr als 3 SchmerzOperationen? ja, Operationen
- hatten Sie wegen Kiefer- oder Gesichtsschmerzen in den letzten 6 Monaten Behandlungen? ca. Behandlungstermine

Datum	Art der Operation	Dauer der Schmerzlinderung (Monate)
.....
.....
.....
.....
.....

- wurde bei Ihnen eine zahnärztliche SchienenTherapie durchgeführt? wann?

BEHANDLUNGEN > LETZTE 6 MONATE (bitte benutzen Sie für weitere Angaben ein zusätzliches Blatt)

Datum	zahnärztliche Behandlung	ärztliche Behandlung	Physiotherapie / Krankengymnastik
.....
.....
.....
.....
.....

BEHANDLUNGEN > VOR MEHR ALS 6 MONATEN

Datum	zahnärztliche Behandlung	ärztliche Behandlung	Physiotherapie / Krankengymnastik
.....
.....
.....
.....
.....

BEHANDLUNGEN > ZUFRIEDENHEIT

- > wie zufrieden sind Sie bislang mit den Ergebnissen der Behandlungen Ihrer Kiefer- und Gesichtsschmerzen?
 sehr zufrieden zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden
- > wie zufrieden sind Sie bislang mit den Behandlern Ihrer Kiefer- und Gesichtsschmerzen?
 sehr zufrieden zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

FRAGEN, WÜNSCHE ...

.....

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein vereinbarter Behandlungstermin ausdrücklich für Sie reserviert ist. Terminabsagen sind bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen. Ein Nichterscheinen ohne Absage bis 24 Stunden vor dem Eingriff hat zur Folge, dass Ihnen der entstandene Leistungsausfall in Rechnung gestellt wird.

Unterschrift Patient / ges. Vertreter Ort Datum