



ZAHNARZT

Dr. Michael Pampel

Spezialist für Funktionsdiagnostik und –therapie
CMD-Centrum
Implantologie (zertifiz.)
Parodontologie (zertifiz.)
Konsiliararzt des Klinikums Coburg

Fragebogen 4

CMD - Anamnese

.....
Patient/in

.....
Datum

.....
Patienten-Nummer

.....
Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie folgende Fragen bezüglich Veränderungen an Ihrem Körper:

Haben Sie neu **angefertigten Zahnersatz wie Kronen, Teilkronen o.ä.?**

Tragen Sie eine **neue Prothese?**

Hat sich etwas in Ihrem **Mund verändert?**
(Entzündung, Schwellung, Abnutzung der Zähne, Zahnstellung anders, oder _____)

Haben Sie eine der folgenden **Gewohnheiten im Mund oder Gesichtsbereich?**
(Lippensaugen, Wangenbeißen, Zähne zusammenbeißen, oder _____)

Hatten Sie eine **Operation?** Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine **Narbe?**

Haben Sie eine **Augenerkrankung** (Sehkraft, Scharfstellung, Schielen, _____)

Tragen Sie eine **neue Brille?**

Tragen Sie eine **Gleitsichtbrille?**

Haben Sie **Schlafprobleme?**

Haben Sie **Fußbeschwerden?** (Schmerzen, Veränderungen, Fehlstellung, _____)

Tragen Sie **neue Schuhe?**

Arbeiten Sie viel am Computer/Schreibtisch?

Kennen Sie Ihre Schlaflage?

Welche? links rechts Rücken Bauch

Datum

Unterschrift

Praxis Dr. M. Pampel, Qualitätsmanagement

erstellt von: K. Loscher

Version Nr.: 2.0.2

zuletzt geändert am: 10.01.0217/KL

W: Qualitätsmanagement/QM--neu/9 CMD/Druckvorlagen/CMD-Anamnese.doc