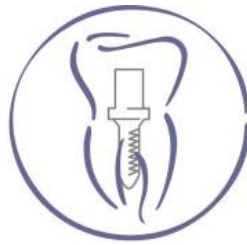


Dr. Ludwig H. Broers

Biologische Zahnmedizin
Implantologie Ästhetik
CMD-Therapie
Schnarchtherapie



Ratsherr-Schulze-Straße 17
26122 Oldenburg
info@za-broers.de
za-broers.de
Tel.: 0441-76173

GESUNDHEITSFragen

bitte schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen,
z.B. Schmerzen, Zirkonimplantate,
Amalgamsanierung, Störfeldsanierung,
Kontrolle usw.:

AKUTE BESCHWERDEN: sind akut
Schmerzen im Zahn/Mundbereich
vorhanden, wo genau, wie, wann,
welcher Auslöser und seit wann:

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE: welche
Behandlungen wurden in den letzten 3
Jahren im Zahn-/Mundbereich
durchgeführt:

KIEFERGELENK: Leiden Sie unter
Beschwerden und Schmerzen im
Kiefergelenksbereich?

Verursacht das Kiefergelenk Knack-,
Knirsch-oder Reibe-geräusche? Wenn ja, auf
welcher Seite?

Sind Sie gut verzahnt, oder müssen Sie Ihre
Bissposition
suchen?

Bemerken Sie eine
Bewegungseinschränkung bei Öffnung
oder Seitwärtsbewegung?

Leiden Sie chronisch unter Kopfschmerzen
oder Migräne? Wenn ja, wie oft und in
welchem Bereich des Kopfes?

Beschreiben Sie die Schmerz-Qualität:

Leiden Sie unter Beschwerden der
Halswirbelsäule,
Nacken, Schulter? Wenn ja, auf welcher
Seite und wie
stark/oft?

Leiden Sie unter chronischen
Ohrenentzündungen, Ohrenscherzen,
Tinnitus, Ohrgeräuschen, Klingeln,
Rauschen, Pfeifen?

AUGEN: starke Sehverschlechterung,
Augenüberdruck, Netzhautablösung,
Hornhautverkrümmung?

Hatten Sie jemals einen Ski-, Motorrad-,
Autounfall o.ä. mit Halswirbelbeteiligung
(Schleudertrauma, Halskrause)?

Hatten Sie eine Kieferorthopädische
Behandlung? Welche Apparatur?

Haben Sie bisher zahnmedizinische
Produkte gut vertragen?

Haben Sie Materialunverträglichkeiten und
Allergien? Wenn ja, welche?

ALLGEMEINANAMNESE: besteht bei Ihnen
eine chron. Allgemeinerkrankung wie z.B.
Krebs, MS, Kolitis, Rheuma, Arthritis usw.
und seit wann?

GELENKBESCHWERDEN: Leiden Sie unter
Schulter-Armsyndrom, Tennisellbogen,
Schmerzen an Knie, Fußgelenk, Hüfte,
Bandscheiben usw. und seit wann?
Bitte genau beschreiben:

Haben Sie Materialunverträglichkeiten und
Allergien? Wenn ja, welche?

NNH: Leiden Sie unter chronischen
Entzündungen der Nasenneben-, Stirn-
oder Kieferhöhlen?

Störungen bzw. Erkrankungen der
Schilddrüse, Leber,
Galle, Bauchspeicheldrüse?

Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen von Magen und Darm – bitte genau beschreiben:

FRAUEN: Liegen Erkrankungen im Bereich der weiblichen Brust vor? Zysten, Schwellungen, Tumore?

Störungen/Erkrankungen im Bereich Blase, Niere oder Unterleibsbereich (Frauen> Myom, Männer> Prostata)?

Lunge, Bronchien? Asthmatische Beschwerden, chronische Bronchitis, rezidivierende Lungenentzündung usw.?

HERZ-/KREISLAUFSYSTEM: abnormer Blutdruck, Herzinsuffizienz, Arrhythmien?

Wie würden Sie Ihren Energiestatus bezeichnen? Gesund und leistungsfähig oder eher chronisch müde?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein, wenn ja, welche?

Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Wenn ja - wann wurde zuletzt eine professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

Besteht eine Schwangerschaft?

Sehr viele allgemeingesundheitliche Störungen und Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit den Zähnen – mit Ihren Angaben helfen Sie uns, diese im Zusammenhang mit der Röntgen-Panoramaaufnahme zu erkennen und Ihnen möglicherweise auch außerhalb des Zahn-/Mundbereiches helfen zu können.

Bitte senden Sie diesen Plan und die Panoramaröntgenaufnahme an:

Dr. Ludwig Broers

Ratsherr-Schulze-Straße 17

26122 Oldenburg