

DIAGNOSTIK-FRAGEBOGEN ZUR CRANIOMANDIBULÄREN DYSFUNKTION (CMD)

SEITE 1 VON 2

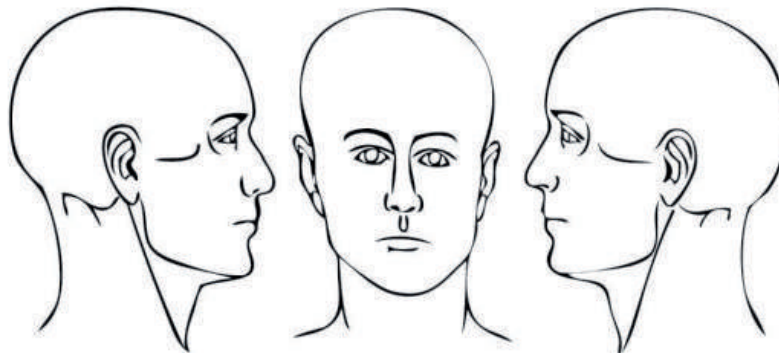
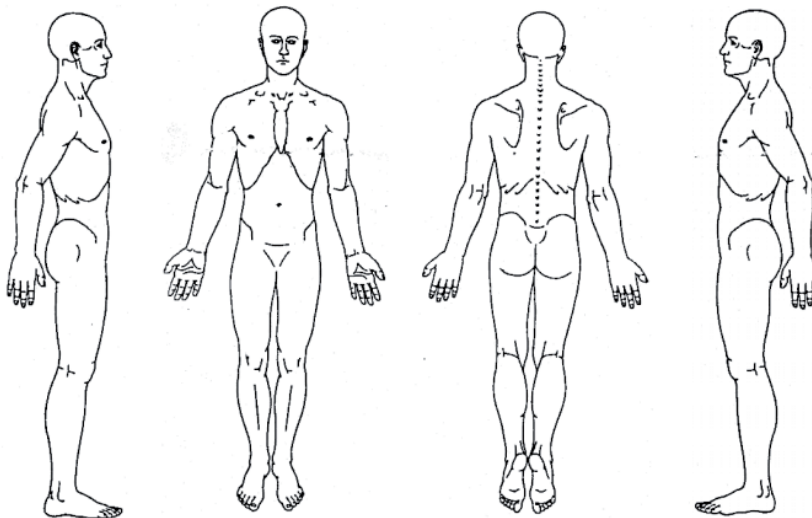
Bitte füllen Sie den Fragebogen mit der Einwilligung zur Privatbehandlung vor Ihrem Diagnostik-Termin aus und lassen Sie uns diesen bestenfalls bereits vorab zukommen! Vielen Dank, Ihre Zahnarztpraxis Dr. Liermann

Name Telefonnummer

Adresse

Haben Sie Schmerzen?

Wenn ja, dann zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie Schmerzen empfinden:



Leiden Sie regelmäßig unter (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen / Schmerzen im Ohrbereich? | <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen? |
| <input type="checkbox"/> Kieferknacken / Kieferblockaden? | <input type="checkbox"/> Tinnitus / Ohrgeräusche? |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bei bestimmten Bewegungen des Kiefers | <input type="checkbox"/> Schwindel? |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkter Kieferbeweglichkeit? | <input type="checkbox"/> ungeklärten Zahnschmerzen? |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen? | |

DIAGNOSTIK-FRAGEBOGEN ZUR CRANIOMANDIBULÄREN DYSFUNKTION (CMD)

SEITE 2 VON 2



Kauen Sie bevorzugt nur auf einer Seite? Wenn ja, auf welcher?

.....

Gibt es eine traumatische Ursache z. B. einen Sturz oder einen Unfall für Ihr Kieferleiden?

.....

.....

Haben Sie Ihrer Meinung nach eine „ungesunde Haltung“ in der Arbeit bzw. bei bestimmten Tätigkeiten oder Hobbies?

.....

.....

.....

Haben zu den von Ihnen aufgeführten Beschwerden bereits Behandlungen stattgefunden? Wenn ja, welche, wann und mit welchem Erfolg?

.....

.....

.....

EINWILLIGUNG ZUR PRIVATBEHANDLUNG – KOSTEN DER DIAGNOSTIK

Als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung haben Sie das Recht, nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Die Maßnahmen sowie folglich auch die Kosten der Diagnostik in Höhe von ca. 90 € sind nicht Gegenstand des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen und müssen daher vom Patienten selbst getragen werden. Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist zwar nicht auszuschließen jedoch unwahrscheinlich.

Bitte bestätigen Sie uns hiermit vorab Ihr Einverständnis zur Privatbehandlung. Einen ausführlichen Heil- und Kostenplan erhalten Sie im Termin oder auf Ihre Nachfrage gerne auch vorweg.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Zur Terminvereinbarung erreichen Sie uns telefonisch unter der Nummer 0221 - 16 80 62 - 11 oder Sie besuchen uns direkt in der Praxis.

Den Fragebogen senden Sie uns gerne vorab per Fax an die 0211 - 16 80 62 - 22, per Mail an info@liermann.de oder bringen ihn zur Terminvereinbarung in die Praxis mit.