

Schmerz-Fragebogen/

Name

geboren am

Datum

Welches sind Ihre Hauptbeschwerden:

Beschreiben Sie Ihre Schmerzen im Gesamtkörper:

Seit wann bestehen die Schmerzen im Gesamtkörper:

Beschreiben Sie Ihre Schmerzen im Kiefer-Gesichtsbereich:

Seit wann bestehen die Kiefer-Gesichtsschmerzen:

Gibt es für Sie einen Grund für die Schmerzentstehung:

Haben Sie zur Zeit besonderen, Sie belastenden Stress? ja nein

Geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen von 0 (keine) bis 10 (stärkste) an: **Gesamtkörper**

Kiefer-Gesichtsbereich

Größte Schmerzstärke der letzten 6 Wochen:

Durchschnittliche Schmerzstärke der letzten 6 Wochen:

Geringste Schmerzstärke der letzten 6 Wochen:

Zu welcher Tageszeit sind die Schmerzen am stärksten:

Welche Behandlung wurde bei Ihnen durchgeführt? Mit welchem Erfolg?

Gesamtkörper:

Kiefer-Gesichtsbereich:

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

→ bitte 2. Seite beachten!

Schmerz-Fragebogen/

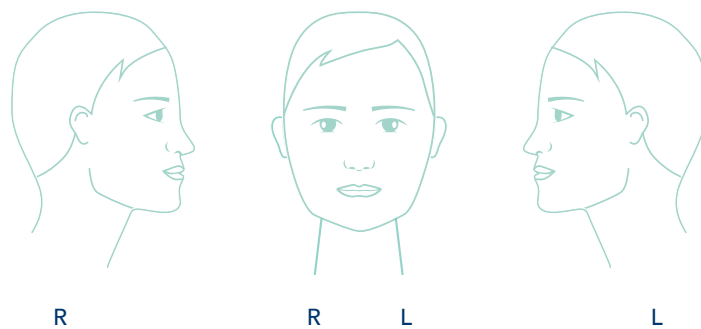
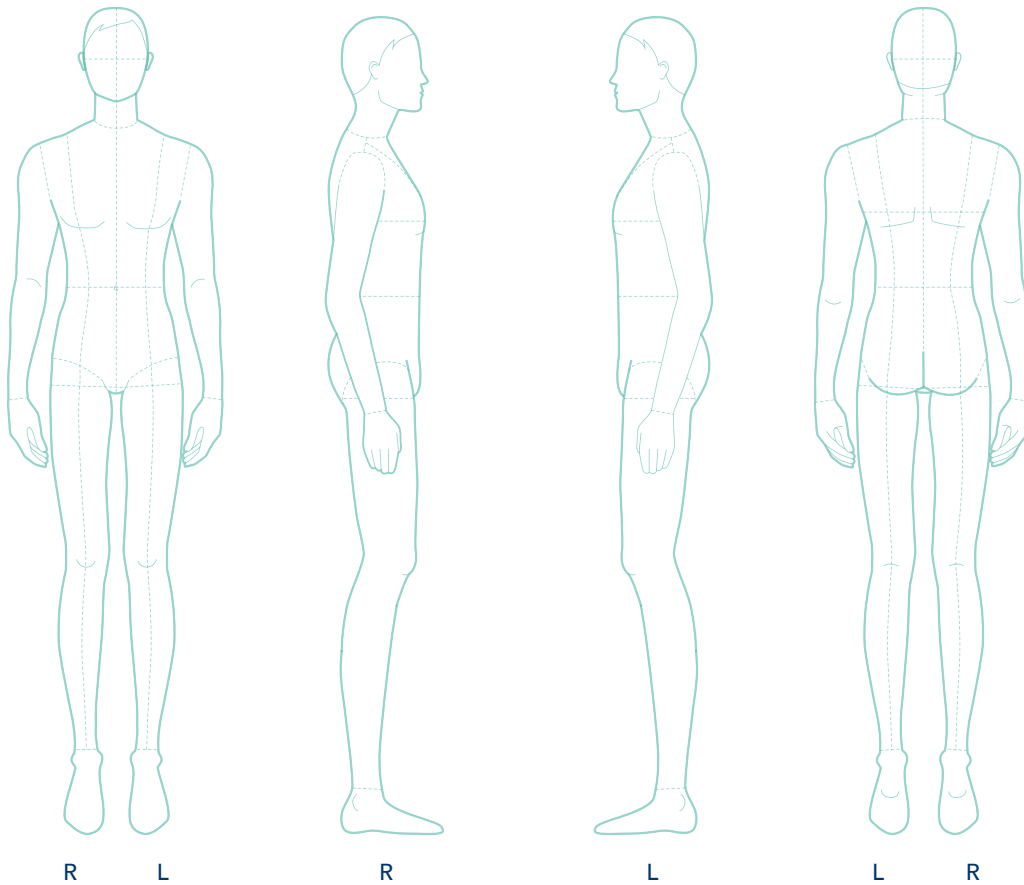
Sie befinden sich wegen Ihrer Beschwerden in therapeutischer Behandlung bei Frau/ Herrn:

Sie tragen vor der Behandlung Ihre Schmerzen auf den Skizzen ein:

X (stechender Schmerz)

/// (diffuser Schmerz)

→ (Ausstrahlung)



Ihre Zähne in guten Händen.

Dr. Niemann & Dr. Pinske

Reetwerder 23a, 21029 Hamburg

Telefon 040 720 044 400

www.zasbergedorf.de | post@zasbergedorf.de

→ bitte 3. Seite beachten!

Zahnärzte/ am Schlosspark/ Dr. Niemann & Dr. Pinske

Privatbehandlung/

Vereinbarung gemäß §4 Abs. 5 BMV-Z (für Primärkassen), §7 Abs. 7 EKV-Z (für Ersatzkassen)

Name, Vorname

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte behandelt zu werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

Geb.Nr.	Faktor	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag
8000	3,5	Klinische Funktionsanalyse	1	98,42 €
7	3,5	Untersuchung des muskuloskelettalen Systems	1	32,66 €
6190	2,3	Beratung mit Anweisungen bei schädlichen Gewohnheiten	1	18,11 €
Summe				149,19 €

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

In der Praxis drucken wir das Formular für Sie zur Unterschrift aus.

Ihre Zähne in guten Händen.

Dr. Niemann & Dr. Pinske

Reetwerder 23a, 21029 Hamburg

Telefon 040 720 044 400

www.zasbergedorf.de | post@zasbergedorf.de

E-Mail senden

Bitte Formular als
Datei anhängen