

## Persönliche Daten

| Patient       |                  |      |
|---------------|------------------|------|
| Name, Vorname | Patienten-Nummer | geb. |

## Aktuelle Beschwerden

1. Mit welchen Beschwerden suchen Sie uns jetzt auf?

2. Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung?  
(Bitte schildern Sie kurz die Beschwerden und bei wem diese behandelt wurden)

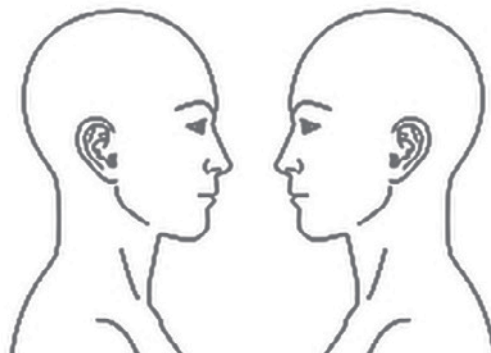
nein  ja  \_\_\_\_\_

## Vorgeschichte

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzen / Beschwerden an.

| Schmerzen                |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Zahnschmerzen                              |
| <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen                              |
| <input type="checkbox"/> | Nackenverspannung                          |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzen in der Schläfenregion            |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzen im Ohrbereich/Schwindel/Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzen bei der Mundöffnung              |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzen beim Zubeißen bzw. Kauen         |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzen in Wirbelsäule/Rücken/Hüfte      |
| <input type="checkbox"/> | häufige Schmerzen an anderen Stellen       |

Zeichnen Sie hier bitte den Ort Ihrer Beschwerden in die untenstehende Grafik ein.



rechts

links

| Die Beschwerden...       |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | treten zu bestimmten Tageszeiten auf                         |
| <input type="checkbox"/> | haben sich in den letzten Wochen verändert                   |
| <input type="checkbox"/> | gehen im Urlaub zurück                                       |
| <input type="checkbox"/> | beeinträchtigen meine Leistungskraft                         |
| <input type="checkbox"/> | es ging ein Unfall o.ä. im Schulter- oder Kopfbereich voraus |

| Vorbehandlungen          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ich war / bin wegen der Beschwerden in ärztlicher Behandlung:<br>Hausarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/><br>Neurologie <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ich war / bin deswegen in physiotherapeutischer Behandlung  |
| <input type="checkbox"/> | Verordnung orthopädischer Schuheinlagen   |
| <input type="checkbox"/> | Kieferorthopädische Behandlung (Zahnklammer)  |
| <input type="checkbox"/> | Festsitzender Zahnersatz (Kronen, Brücken oder Implantate)  |
| <input type="checkbox"/> | Herausnehmbarer Zahnersatz (Teil-/Vollprothese)   |
| <input type="checkbox"/> | Schwierige Weisheitszahn-Extraktion   |

| Weitere Beobachtungen    |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die Zähne passen »nicht richtig aufeinander«  |
| <input type="checkbox"/> | Knacken oder Knirschen der Kiefergelenke beim Kauen   |
| <input type="checkbox"/> | Der Mund lässt sich nur eingeschränkt öffnen  |
| <input type="checkbox"/> | Beim Kauen benutze ich nur eine Seite   |
| <input type="checkbox"/> | Knirschen oder Pressen mit den Zähnen   |
| <input type="checkbox"/> | Ich kaue oft Kaugummi   |
| <input type="checkbox"/> | Meine Zähne sind oft in Zahnkontakt   |
| <input type="checkbox"/> | Bei Anstrengung/Sport beiße ich die Zähne zusammen  |
| <input type="checkbox"/> | Temperaturempfindlichkeit einzelner Zähne   |
| <input type="checkbox"/> | Häufig Mundtrockenheit oder Zungenbrennen   |
| <input type="checkbox"/> | Taubheitsgefühle im Nasen-Lippen-Bereich  |
| <input type="checkbox"/> | Taubheitsgefühle in Armen oder Händen   |
| <input type="checkbox"/> | Ich arbeite viel am Computer  |
| <input type="checkbox"/> | Ich trage eine Gleitsichtbrille   |
| <input type="checkbox"/> | Kennen Sie Ihre Schlaflage? Wenn ja, welche?<br>links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> |

### Anschrift

Am Schäfflerbach I  
86153 Augsburg

### Kontakt

Tel. 0821-65 022 50  
Fax 0821-65 022 522

info@team-dentalis.de  
www.team-dentalis.de

### Fachkompetenz für Zahnmedizin

#### Dr. med. dent. Jaroslaw Chrobot

- Spezialist für Implantologie (EDA, BDIZ zert.)
- Ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ zert.)
- Minimalinvasive Chirurgie/ OP-Techniken
- Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie Premium Zahnersatz

#### Dr. med. dent. Christian Scholibo

- Funktionsdiagnostik und Therapie des oberen Halte- und Bewegungsapparates (zert. nach LZÄKH)
- Endodontologie (DGET zert.)
- Ästhetische Zahnheilkunde

#### ZA MSc. Uğur Oezcan

- Moderne und ästhetische Kieferorthopädie
- Unsichtbare Zahnregulierung – Invisalign
- Schnarchtherapie

#### Dr. Maximilian Berger

- Allgemeine Zahnheilkunde

### Und Kollegen

- Netzwerk Gesundheit
- Im Verbund mit Fachärzten Orthopädie, Radiologie, Psychologie und Traumatologie, sowie Osteopathen und Physiotherapeuten



Mehr Informationen finden Sie auf [www.team-dentalis.de](http://www.team-dentalis.de)

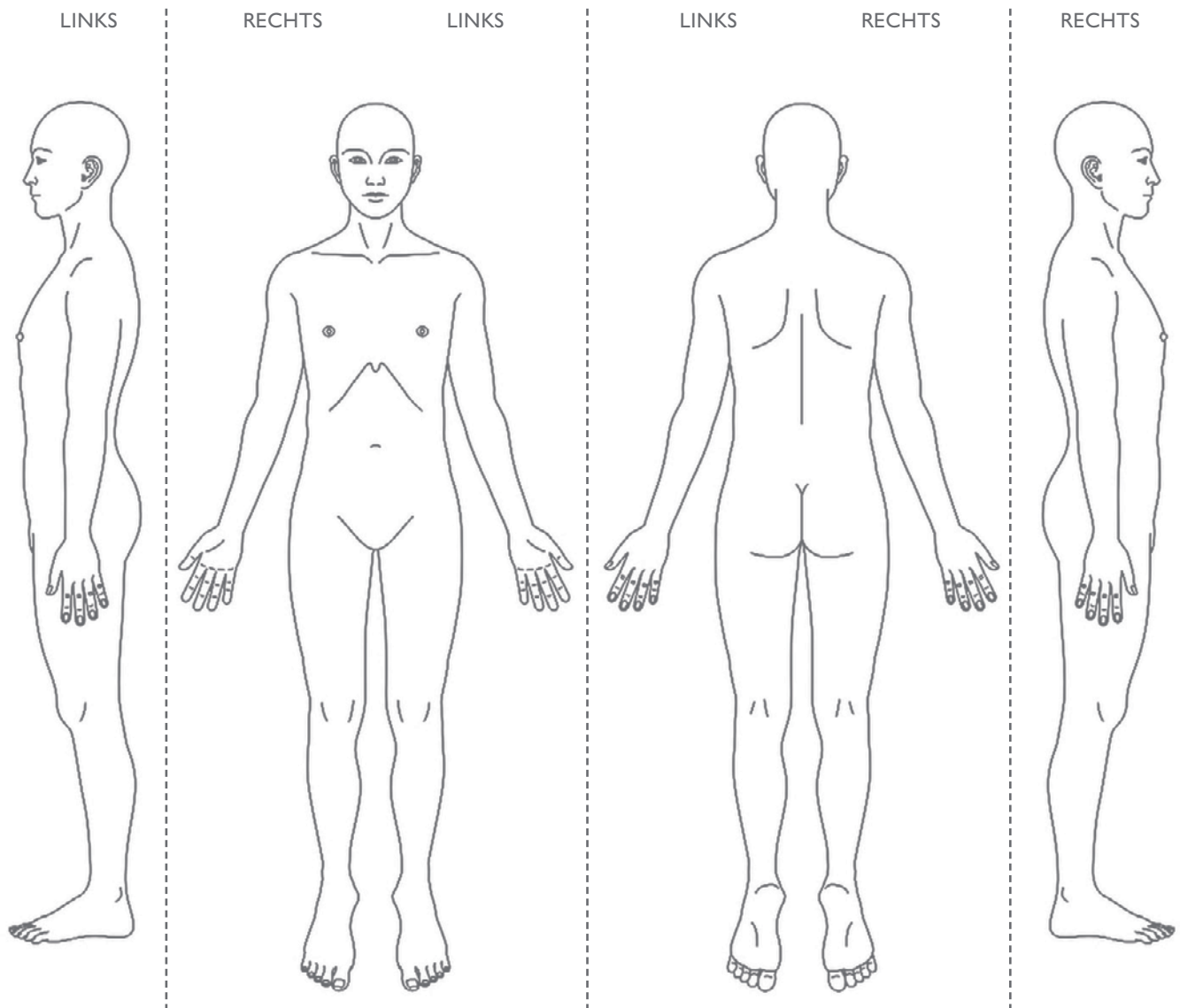
Ihre Antworten dienen zur zusätzlichen Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



## Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir auf Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Beschwerden zu sprechen kommen, möchten wir Sie bitten, in den nachfolgenden Ganzkörperschemata einzumalen, wo überall im Körper Sie Schmerzen haben. **Wichtig:** Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet!

(z. B. durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern o.ä.)



BITTE MARKIEREN SIE WIRKLICH **ALLE** SCHMERZZONEN!

Nur so können wir die Behandlung ganz auf Sie persönlich abstimmen und gegebenenfalls Ihre Schmerzen lindern.

*Ihre Antworten dienen zur zusätzlichen Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.*

**Anschrift**

Am Schäfflerbach I  
86153 Augsburg

**Kontakt**

Tel. 0821-6 50 22 50 info@team-dentalis.de  
Fax 0821-6 50 22 52 www.team-dentalis.de



Mehr Informationen finden  
Sie auf [www.team-dentalis.de](http://www.team-dentalis.de)

## Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem allgemeinen Wohlbefinden sorgfältig aus und beantworten Sie alle Punkte. Machen Sie ein Kreuz entsprechend Ihrer Zustimmung/Ablehnung. Bitte lassen Sie keinen der Punkte unbeantwortet! Vielen Dank.

| Ich leide unter folgenden Beschwerden  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | stark                    | mäßig                    | kaum                     | gar nicht                |
| Kopfschmerzen bzw., Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gleichgewichtsstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsweise Atemnot   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erstickungsgefühl  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neigung zum Weinen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appetitlosigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schluckauf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasche Erschöpfbarkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstgefühl  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Energielosigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelenk- oder Gliederschmerzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsschwäche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kalte Füße   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leichtes Erröten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frieren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trübe Gedanken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innere Gespanntheit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Taubheitsgefühl (»Einschlafen«, »Absterben«, »Brennen«, »Kribbeln«) in Händen und/oder Füßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihre Antworten dienen zur zusätzlichen Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Anschrift**

Am Schäfflerbach 1  
86153 Augsburg

**Kontakt**

Tel. 0821-650 22 50  
Fax 0821-650 22 522  
info@team-dentalis.de  
www.team-dentalis.de

**Fachkompetenz für Zahnmedizin**

**Dr. med. dent. Jaroslaw Chrobot**

- ▶ Spezialist für Implantologie (EDA, BDIZ zert.)
- ▶ Ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ zert.)
- ▶ Minimalinvasive Chirurgie/ OP-Techniken
- ▶ Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie Premium Zahnersatz

**Dr. med. dent. Christian Scholibo**

- ▶ Funktionsdiagnostik und Therapie des oberen Halte- und Bewegungsapparates (zert. nach LZÄKH)
- ▶ Endodontologie (DGET zert.)
- ▶ Ästhetische Zahnheilkunde

**ZA MSc. Uğur Oezcan**

- ▶ Moderne und ästhetische Kieferorthopädie
- ▶ Unsichtbare Zahnregulierung – Invisalign
- ▶ Schnarchtherapie

**Dr. Maximilian Berger**

- ▶ Allgemeine Zahnheilkunde

**Und Kollegen**

- ▶ Netzwerk Gesundheit
- ▶ Im Verbund mit Fachärzten Orthopädie, Radiologie, Psychologie und Traumatologie, sowie Osteopathen und Physiotherapeuten



Mehr Informationen finden Sie auf [www.team-dentalis.de](http://www.team-dentalis.de)

## Liebe Patientin, lieber Patient,

um es uns zu erleichtern, einen Überblick über Ihre Beschwerden zu erhalten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen ausführlich und senden Sie die Unterlagen an uns zurück. Vielen Dank!  
(Sollte der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, bitte ein zusätzliches Blatt Papier verwenden.)

1. Waren Sie früher häufiger erkrankt?

nein  ja  \_\_\_\_\_

2. Wann haben die Beschwerden begonnen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Gibt es für Sie eine Ursache?

nein  ja  \_\_\_\_\_

4. Gab es zu diesem Zeitpunkt eine Änderung Ihrer Lebensumstände / ein einschneidendes Ereignis?

nein  ja  \_\_\_\_\_

### Welchen weiteren Verlauf haben Ihre Beschwerden genommen?

(Führen Sie bitte chronologisch auf.)

5. Welche Ärzte wurden aufgesucht, welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Welche Befunde und Diagnosen haben sich ergeben?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

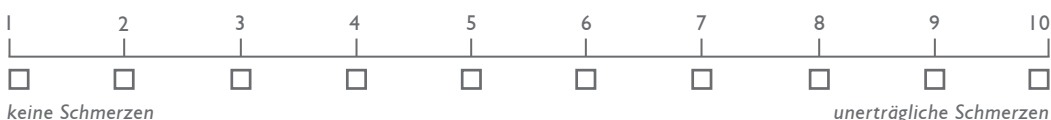
8. Welche Medikamente wurden verordnet?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Wie und wann äußern sich Ihre Beschwerden momentan?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen?



11. Was hilft gegen Ihre Schmerzen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Warum glauben Sie, dass eine zahnärztliche Behandlung Ihnen helfen kann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anschrift

Am Schäfflerbach 1  
86153 Augsburg

### Kontakt

Tel. 0821-650 22 50  
Fax 0821-650 22 522  
info@team-dentalis.de  
www.team-dentalis.de

### Fachkompetenz für Zahnmedizin

#### Dr. med. dent. Jaroslav Chrobot

- Spezialist für Implantologie (EDA, BDIZ zert.)
- Ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ zert.)
- Minimalinvasive Chirurgie/ OP-Techniken
- Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie Premium Zahnersatz

#### Dr. med. dent. Christian Scholibo

- Funktionsdiagnostik und Therapie des oberen Halte- und Bewegungsapparates (zert. nach LZÄKH)
- Endodontologie (DGET zert.)
- Ästhetische Zahnheilkunde

#### ZA MSc. Uğur Oezcan

- Moderne und ästhetische Kieferorthopädie
- Unsichtbare Zahnregulierung – Invisalign
- Schnarchtherapie

#### Dr. Maximilian Berger

- Allgemeine Zahnheilkunde

#### Und Kollegen

- Netzwerk Gesundheit
- Im Verbund mit Fachärzten Orthopädie, Radiologie, Psychologie und Traumatologie, sowie Osteopathen und Physiotherapeuten



Mehr Informationen finden Sie auf [www.team-dentalis.de](http://www.team-dentalis.de)

## Graduierung chronischer Schmerzen

Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich werden am häufigsten verursacht von den Zähnen oder durch Funktionsstörungen des Kauorgans. Wichtig für die Diagnostik und Therapieplanung ist eine Abschätzung, ob vorliegende Schmerzen bereits chronifiziert sind. In diesem Fall sollte eine somatische Behandlung durch eine psychosomatische Behandlung ergänzt oder ersetzt werden.

Stress in der Arbeit, der Schule oder privat

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ängste oder depressive Verstimmung

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Schlechter Schlaf, Schnarchen oder Atemaussetzer

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unruhe, Grübelei

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 1:** An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/ Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

an \_\_\_\_\_ Tag/Tagen

**Frage 2:** Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| keine Schmerzen          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | unerträgliche Schmerzen |

**Frage 3:** Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| keine Schmerzen          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | unerträgliche Schmerzen |

**Frage 4:** Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Schmerzen einstufen?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| keine Schmerzen          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | unerträgliche Schmerzen |

**Frage 5:** Inwieweit haben Sie Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 6:** Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien- und Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Frage 7:** Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/ Hausarbeit zu verrichten?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Anschrift**

Am Schöfflerbach 1  
86153 Augsburg

**Kontakt**

Tel. 0821-6502250  
Fax 0821-65022522

info@team-dentalis.de  
www.team-dentalis.de

**Fachkompetenz für Zahnmedizin**

**Dr. med. dent. Jaroslaw Chrobot**

- Spezialist für Implantologie (EDA, BDIZ zert.)
- Ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ zert.)
- Minimalinvasive Chirurgie/ OP-Techniken
- Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie Premium Zahnersatz

**Dr. med. dent. Christian Scholibo**

- Funktionsdiagnostik und Therapie des oberen Halte- und Bewegungsapparates (zert. nach LZÄKH)
- Endodontologie (DGET zert.)
- Ästhetische Zahnheilkunde

**ZA MSc. Uğur Oezcan**

- Moderne und ästhetische Kieferorthopädie
- Unsichtbare Zahnregulierung – Invisalign
- Schnarchtherapie

**Dr. Maximilian Berger**

- Allgemeine Zahnheilkunde

**Und Kollegen**

- Netzwerk Gesundheit
- Im Verbund mit Fachärzten Orthopädie, Radiologie, Psychologie und Traumatologie, sowie Osteopathen und Physiotherapeuten



Mehr Informationen finden Sie auf [www.team-dentalis.de](http://www.team-dentalis.de)

*Ihre Antworten dienen zur zusätzlichen Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.*