



ANAMNESEBOGEN - KIEFERGELENKFUNKTIONSTÖRUNGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die folgenden Fragen geben uns einen ersten Hinweis, ob Sie an einer Funktionsstörung des Kiefergelenks, der craniomandibulären Dysfunktion (kurz: CMD), leiden könnten. Ihre Antworten unterstützen uns bei möglichen weiteren Untersuchungen und Behandlung Ihrer Beschwerden. Der Fragebogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname*

Geburtstag*

Fragen zu Beschwerden und Symptomen

- Zahnschmerzen ja nein
Schmerzen beim Kauen/Zubeißen ja nein
Schmerzen beim Mundöffnen/ -schließen ja nein
Kopfschmerzen ja nein
Nacken-, Schulterverspannungen ja nein
Schmerzen in den Schläfen ja nein
Wirbelsäulenprobleme/Rückenschmerzen ja nein
Hüftschmerzen ja nein
Ohrgeräusche (Ohrenrauschen, -sausen,
-zischen, -pfeifen) bzw. Tinnitus ja nein

Fragen zum zeitlichen Auftreten der Beschwerden

- Treten die Beschwerden zu bestimmten Zeiten auf? ja nein
Haben sich die Beschwerden in den vergangenen Wochen verändert? ja nein
Gehen die Beschwerden in Entspannungszeiten (z.B. Urlaub, Wochenende) zurück? ja nein
Beeinflussen die Schmerzen Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag? ja nein
Hatten Sie einen Unfall, der Schädigungen im Schulter-, Hals- oder Kopfbereich zur Folge hatte?.. ja nein

Weitere Symptome und Beobachtungen

- Zusammenbiss scheint nicht zu passen ja nein
Beim Abbeißen, Kauen, Gähnen, Mundöffnen und -schließen sind Reibe- oder Knackgeräusche zu hören ja nein
Mund kann nicht vollständig geöffnet werden ja nein
Beim Kauen kommt nur eine Seite zum Einsatz ja nein
Bei Anstrengung oder Stress neigen Sie dazu, die Zähne aufeinander zu pressen ja nein
Temperaturempfindlichkeit an einzelnen Zähnen ja nein
häufige Mundtrockenheit ja nein
häufiges Zungenbrennen ja nein
häufige Taubheit im Bereich der Nase und Lippen .. ja nein
häufige Taubheit im Bereich der Arme und Hände .. ja nein
Sie üben eine Tätigkeit aus, bei der Sie oft am Computer sitzen ja nein

Wie schlafen Sie:

- auf dem Rücken auf dem Bauch links rechts

Sind Sie wegen der genannten Beschwerden in Behandlung bei ...

- Hausarzt _____
 Physiotherapeut _____
 Osteopath _____
 Kieferorthopäde _____
 Neurologe _____
 weiteren _____

Folgende Behandlungen wurden verordnet bzw. durchgeführt:

- Orthopädische Schuheinlagen ja nein
Entfernung eines o. mehrerer Zähne (Weisheitszähne) .. ja nein
Festsitzende Krone oder Brücke ja nein
Implantatgetragener Zahnersatz ja nein
Herausnehmbare Teilprothese / Vollprothese ja nein
Feste Zahnspange ja nein
Herausnehmbare Zahnspange ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift

* Pflichtangaben