



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