

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 Mundtrockenhe 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

* Pflichtangaben

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