



# Befunderhebung

## zur Behandlung craniomandibulärer Dysfunktionen

### 1. Anamnese

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Beschwerden optimal behandeln zu können, bitte wir Sie, den folgenden Fragebogen (Seite 1-2) auszufüllen. Selbstverständlich werden die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

<b>Ich leide derzeit unter:</b> (bitte ankreuzen)	<i>trifft zu</i>	<i>wenig</i>	<i>trifft nicht zu</i>
Verletzungen an Lippe oder Zunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnschmerzen/empfindlichen Zähnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stark abgenutzten Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knacken und Reiben beim Kauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blockierter Mundöffnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kieferschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspannungen morgens beim Aufwachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackensteifigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesichtsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrenscherz oder Druckgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrgeräuschen (Tinnitus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheitsgefühlen der Zunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacksstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kloßgefühl im Hals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter- und Nackenschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruflichem oder familiärem Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Bitte geben Sie ergänzend an:**

	<i>ja</i>	<i>nein</i>	
Tendenz zum Zähneknirschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tendenz zum Zähnepressen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tragen einer Zahnschiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kieferorthopädische Behandlung in der Vergangenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann? _____
Unfall mit Verletzungen des Kopfes oder der Halswirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann? _____

**Skizzierung der Schmerzlokalisierung**

Wenn Sie unter Kopf- und/oder Gesichtsschmerzen leiden, zeichnen Sie bitte die Lokalisation Ihrer Schmerzen in der folgenden Skizze ein:

