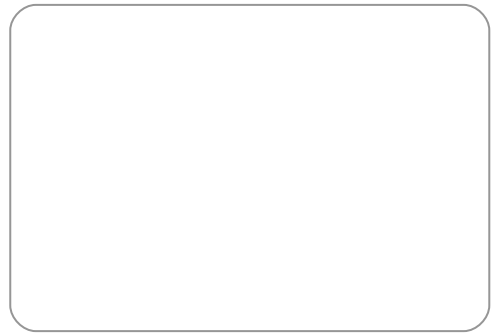


CMD-Fragebogen

Patientenname: _____



Dies ist ein Fragebogen zur Ermittlung von Auswirkungen funktioneller Störungen des Kausystems (CMD, Cranio-Mandibuläre Dysfunktion). Sollten Sie mehrere Fragen mit 'ja' beantworten, werden wir im ärztlichen Gespräch klären, ob eine weitergehende Diagnostik notwendig ist.

	ja	nein
Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie sich jemals einer Operation unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie chronische Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Kieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B. nur geringe Mundöffnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen des Mundes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Biss nicht stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gelegentlich oder dauernd Streßbelastungen im beruflichen oder privaten Bereich ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie als Kind eine Zahnspange, Klammern oder waren Sie sonst in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Zähne überkront oder tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit Ihren Kronen / Ihrem jetzigen Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift (Patient): _____