CMD – FRAGEBOGEN

GESUNDHEITS WERKSTATT
PHYSIOTHERAPIE & TRAINING

NAME / VORNAME _____

DATUM _____

GEBURTSDATUM _____

RUFNUMMER _____

ALLGEMEINES:

1. WELCHE BESCHWERDEN HABEN SIE AM KIEFER? _____

2. WELCHE URSACHEN HABEN IHRE KIEFERBESCHWERDEN? _____

3. WIE LANGE BESTEHEN IHRE BESCHWERDEN AM KIEFER SCHON? _____

4. WAS HABEN SIE BIS JETZT GEGEN IHRE BESCHWERDEN GETAN? _____

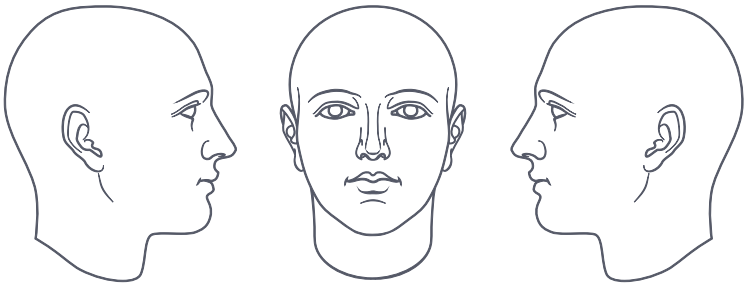
5. WIE WIRKT ES SICH AUF IHREN ALLTAG AUS? _____

LEIDEN SIE REGELMÄSSIG UNTER? (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

- ☐ KIEFERGELENKSSCHMERZEN / SCHMERZEN IM OHRBEREICH
- ☐ KIEFERKNACKEN / KIEFERBLOCKADEN?
  KNIRSCHT ES IN IHREM KIEFERGELENK?
- ☐ SCHMERZEN BEI BESTIMMTEN BEWEGUNGEN DES KIEFERS
  (KAUEN, MUND ÖFFNEN MUND SCHLIESSEN,
  KIEFER NACH LINKS / RECHTS SCHIEBEN,. . .)
- ☐ EINGESCHRÄNKTER KIEFERBEWEGLICHKEIT?
- ☐ KOPFSCHMERZEN?
- ☐ GESICHTSSCHMERZEN?
- ☐ TINNITUS / OHRGERÄUSCHE?
- ☐ SCHWINDEL?
- ☐ UNGEKLÄRTEN ZAHNSCHMERZEN?
- ☐ PROBLEME MIT DER HALSWIRBELSÄULE?
- ☐ BESCHWERDEN IN DEN ARMEN?
  WENN JA, WAS FÜR BESCHWERDEN?

GESUNDHEITS
WERKSTATT
PHYSIOTHERAPIE & TRAINING

WO GENAU SIND DIE BESCHWERDEN IM GESICHTSBEREICH?



FRAGENKATALOG

PRESSEN ODER KNIRSCHEN SIE HÄUFIG MIT DEN ZÄHNEN? JA NEIN K.A.

GAB ES EINE TRAUMATISCHE URSACHE FÜR IHR KIEFERLEIDEN? WENN JA, WELCHE? JA NEIN K.A.

SIND SIE RAUCHER? JA NEIN K.A.

HABEN SIE EINE ERHÖHTE KIEFERAKTIVITÄT WIE KAUGUMMI KAUEN ODER LIPPE BEISSEN, „SAUGEN“ AN ZIGARETTE? JA NEIN K.A.

HABEN SIE TAUBHEITSGEFÜHLE IM KOPFBEREICH / GESICHTSBEREICH (PELZIG, AMEISEN)? JA NEIN K.A.

BEISSEN SIE SICH HÄUFIGER IN DIE WANGE? WENN JA, WELCHE SEITE? JA NEIN K.A.

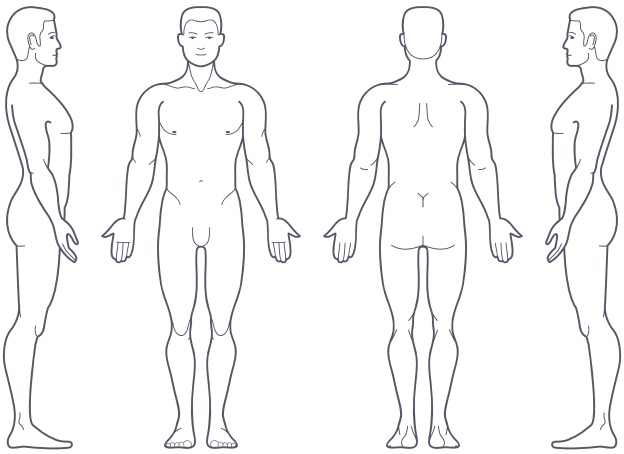
GERATEN SIE IN IHREM BERUF ODER IM ALLTAG HÄUFIG IN STRESSSITUATIONEN ODER LEIDEN SIE UNTER NERVOSITÄT ODER INNERER UNRUHE? JA NEIN K.A.

HABEN SIE SONSTIGE AKTUELLE BESCHWERDEN ODER SCHMERZEN AM BEWEGUNGSAPPARAT? WENN JA, ZEICHNEN SIE DIESE BITTE IN NEBENSTEHENDES SCHEMA: JA NEIN K.A.

STEHEN SIE IM PRIVATEN (FAMILIE / FREUNDE) UNTER BESONDERER BELASTUNG? JA NEIN K.A.

TRAGEN SIE EINE BRILLE? WANN WURDE DIESE DAS LETZTE MAL AUSGEGLICHEN? JA NEIN K.A.

WANN WAR IHRE LETZTE ZAHNBEHANDLUNG? UND WAS WURDE GEMACHT? JA NEIN K.A.

HABEN SIE EINE KORREKTURSCHIENE? WENN JA, SEIT WANN HABEN SIE DIESE? JA NEIN K.A.

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE? WENN JA, WELCHE? JA NEIN K.A.