

Kiefergelenksfragebogen

Name: _____

Datum: _____

Vorgeschichte:

1. Waren Sie in kieferorthopädischer Vorbehandlung?
 Ja Nein
2. Hatten Sie einmal einen Unfall mit Verletzungen im Gesichts- / Kieferbereich?
 Ja Nein
3. Haben Sie oder hatten Sie eine Angewohnheit wie Daumenlutschen oder Lippensaugen?
 Ja Nein
4. Gibt es bei Ihnen eine bekannte Behinderung?
 Ja Nein
5. Haben Sie schon einmal eine depressive Phase erlebt, eine Psychotherapie gemacht oder Medikamente zur Stimmungsaufhellung eingenommen?
 Ja Nein
6. Haben Sie eine Teil-/ Voll-Prothese?
 Ja Nein
7. Gab es sonst größere Zahn-Behandlungen?
 Ja Nein
8. Waren Sie wegen dieser oder ähnlicher Beschwerden bereits bei anderen Ärzten (Hausarzt, Orthopäden, HNO, Neurologen, Zahnarzt)?
 Ja Nein
9. Haben Sie schon einmal eine Schientherapie versucht?
 Ja Nein

Symptome:

1. Bekommen Sie den Mund normal weit auf?
 Ja Nein
2. Beobachten Sie ein Knacken / Knirschen / Reiben beim Öffnen oder Schließen des Mundes ?
 Ja Nein
3. Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?
 Ja Nein
4. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?
 Ja Nein
5. Leiden Sie unter Schmerzen im Bereich von Ohr oder Kiefergelenk?
 Ja Nein
6. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
 Ja Nein
7. Leiden Sie unter Verspannungen der Muskulatur von Nacken oder Schultern?
 Ja Nein
8. Leiden Sie an Ohrgeräuschen oder Tinnitus (Pfeifen)
 Ja Nein
9. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindel?
 Ja Nein
10. Haben Sie zu Zeit sehr viel Stress?
 Ja Nein
11. Grübeln Sie viel und machen häufig sich Sorgen?
 Ja Nein
12. Würden Sie Ihre momentane Grundstimmung als niedergeschlagen oder erschöpft beschreiben?
 Ja Nein
13. Schlafen Sie schlecht ein, schlecht durch oder wachen zu früh auf?
 Ja Nein