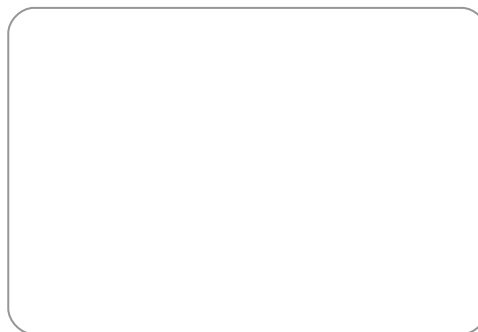


# CMD-Fragebogen

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): \_\_\_\_\_