



FRAGEBOGEN FÜR KIEFERGELENKS- UND KAUFUNKTIONSSTÖRUNGEN

Herzlich willkommen in meiner kieferorthopädischen Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir einen reibungslosen und erfolgreichen Behandlungsablauf gewährleisten können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

SEIT WANN BESTEHEN IHRE BESCHWERDEN UND WO TRITT DER SCHMERZ HAUPTSÄCHLICH AUF?

Haben Sie

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Schmerzen in der Ohrregion? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - häufig Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - häufig Nackenschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Schmerzen in anderen Regionen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wo? _____

MIT WELCHER INTENSITÄT WÜRDEN SIE IHRE SCHMERZEN EINSTUFEN? (1 = SCHWACH; 10 = SEHR STARK)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Beschwerden beim Kauen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie jemals Schwierigkeiten den Mund weit zu öffnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche: _____

- | | | |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Knacken: | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| Reibegeräusche: | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |

Wurden in der letzten Zeit Maßnahmen durch Ihren Zahnarzt durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche (z.B. Zahnersatz, Überkronung)?

Wurden bereits Maßnahmen bezüglich Ihrer Kiefergelenksbeschwerden vom Zahnarzt durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche (z.B. Schmerzmittel, Verordnungen für Physiotherapie, Osteopathie, ...)?

Kauen Sie oft Kaugummi? ja nein
Auf welcher Seite kauen Sie vornehmlich? links rechts
Treiben Sie Sport? ja nein
Wenn ja, welche Sportart?

Sind Sie in Ihrem Beruf:
- körperlich tätig? ja nein
- sprechen Sie viel? ja nein
- sitzend am Computer/Schreibtisch tätig? ja nein

Wurden bei einem Unfall Kiefer oder Zähne verletzt? ja nein

Vielen Dank für die Beantwortung oben stehender Fragen!
Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihrer Angaben schnellstmöglich zu informieren.

Herzliche Grüße,
Ihr Praxisteam Dr. Sandra Holzberger