

CMD Fragebogen



DR. MED. DENT. SILKE RAITAROWSKY
ZAHNÄRZTIN

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
1. Haben Sie Schmerzen beim Kauen oder bei der Mundöffnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tut Ihnen das Kiefergelenk/die Ohrregion oder die Kaumuskulatur häufig weh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie eine eingeschränkte oder schmerzhafte Mundöffnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie akute oder chronische Rücken- und Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche, wenn Sie den Mund öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie häufig Kopfschmerzen, Migräne oder Tinnitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist Ihnen oft schwindelig oder haben Sie Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie das Gefühl, dass der Biss nicht stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Zahnkronen, hatten Sie eine Kieferorthopädische Behandlung oder sonstigen Zahnersatz erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hatten Sie einen Unfall mit Beteiligung der Hals- und Kopfregion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind einzelne Zähne empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hatten Sie Operationen im Kopf- und Halsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fühlen Sie sich gelegentlich oder dauernd Stressbelastungen im beruflichen oder privaten Bereich ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Leiden Sie an Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift (Patient): _____