



EVA JORG

ZAHNARZTPRAXIS

CMD-Fragebogen

Dies ist ein Fragebogen zur Ermittlung von Auswirkungen funktioneller Störungen des Kausystems (CMD, craniomandibuläre Dysfunktion). Sollten Sie mehrere Fragen mit „Ja“ beantworten, werden wir im ärztlichen Gespräch klären, ob eine weitergehende Diagnostik notwendig ist. (Nur bei „Ja“ ankreuzen)

Patient

Name: _____ Vorname: _____

- Hatten Sie in der Vergangenheit einen Unfall mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich?
- Wurden Sie schon mal operiert?
- Haben Sie Kopfschmerzen oder Migräne?
- Leiden Sie unter Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?
- Leiden Sie unter chronischen Rückenschmerzen?
- Haben Sie bei sich eine eingeschränkte Kieferbeweglichkeit festgestellt (z. B. eine geringe Mundöffnung)?
- Haben Sie Schmerzen in den Ohr- und Kiefergelenkregionen?
- Haben Sie bei sich Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen des Mundes festgestellt?
- Leiden Sie unter Tinnitus oder Ohrgeräuschen?
- Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühle?
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Biss nicht zueinander passt?
- Haben Sie bereits bei sich beobachtet, dass Sie mit den Zähnen bewusst- oder unbewusst knirschen oder pressen?
- Haben Sie Schlafstörungen (Schnarchen/Atemaussetzer)?
- Sind Sie gelegentlich oder dauernd Stressbelastungen im beruflichen oder privaten Bereich ausgesetzt?
- Haben Sie als Kind/Jugendliche/r eine Zahnspange, Klammer gehabt oder waren Sie sonst in kieferorthopädischer Behandlung?
- Haben Sie Zähne, die überkront sind, oder tragen Sie Zahnersatz?

Dortmund, den _____ Unterschrift _____