

FRAGEBOGEN ZU KIEFERGELENKBESCHWERDEN

Patient:

| | | | | | |
|----------|-------------|----------|----------|---------------|--|
| Name: | | Vorname: | | Geburtsdatum: | |
| Strasse: | Hausnummer: | PLZ: | Wohnort: | | |

I) Welche Art von Beschwerden haben Sie im Moment?

- Schmerz im Gesicht und Kiefer?
- Schmerz beim Bewegen des Unterkiefers?
- Schwierigkeiten bei großer Mundöffnung?
- Schwierigkeiten beim Kauen?
- Springt das Gelenk heraus und wird unbeweglich?
- Knackt es im Kiefergelenk?
- Reibt es im Kiefergelenk?
- Treten Müdigkeitserscheinungen im Kiefer- oder Wangenmuskelbereich auf?
- Kopfschmerzen?
- Hörstörungen?
- Ohrensausen?
- Kloß im Hals / Schluckbeschwerden?
- Beschwerden im Zungenbereich (Brennen oder Schmerzen)?
- Zahnpressen?
- Zähneknirschen?
- Kräftig abgenutzte Zähne?
- Andere Beschwerden? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte:

II) Waren Sie schon früher in Untersuchung oder Behandlung wegen gleicher Beschwerden?

- beim Zahnarzt ja nein
beim Arzt ja nein
im Krankenhaus ja nein

III) Wo sitzen die Beschwerden?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| innerhalb oder ausserhalb des Ohres | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Wange | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Stirn | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| oben auf dem Kopf | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Nacken, Hals | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Zähne, Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Zunge | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |

Andere Bereiche. Beschreiben Sie bitte welche:

Datum, Ort

Unterschrift