

Fragebogen für Patienten

mit craniomandibulären Funktionsstörungen (CMD), Erkrankungen des Kausystems und funktionell bedingten Kopf-, Gesichts- und Muskelschmerzen

Patient	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Beruf:	
PLZ/Ort:	Straße/Nr.:	Telefon/Mobil:	E-Mail:	
Versicherter	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Beruf:	
PLZ/Ort:	Straße/Nr.:	Telefon/Mobil:	E-Mail:	
Krankenkasse und Geschäftsstelle:				
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung
Zahnarzt:	Hausarzt:			
Überwiesen, empfohlen durch:				

Wir nehmen Ihre Beschwerden ernst. Nehmen Sie sich daher bitte die Zeit vor der ersten CMD-Sprechstunde beide Fragebögen auszufüllen. Bringen Sie den Hauptfragebogen ausgefüllt eventuell zusammen mit vorhandenen Unterlagen wie Röntgenbilder und Arztberichte zur Erstsprechstunde mit. Nur so ist es uns möglich Sie umfassend und individuell von Anfang an zu beraten.

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Aktuelle Beschwerden

1.1 Mit welchen Beschwerden suchen Sie uns jetzt auf? Erläutern Sie in Ihren eigenen Worten Ihr Problem:

1.2 Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? _____

1.3 Zu welchen Tageszeiten treten die Beschwerden auf?

morgens im Laufe des Tages abends besonderer Anlass

1.4 Dauer der Beschwerden:

Minuten Stunden

1.5 Häufigkeit der Beschwerden:

täglich 1-2 x wöchentlich 1-2 x monatlich seltener

1.6 Sind die Beschwerden:

konstant gleich stark unterschiedlich stechender dumpfer Schmerz

1.7 Haben sich die Beschwerden in den letzten Wochen verändert? ja nein

mehr weniger gleich bleibend

1.8 Bessern sich die Beschwerden im Urlaub? ja nein

1.9 Ihre Leistung ist durch die Beschwerden beeinträchtigt:

gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

1.10 Wie stark beeinträchtigen die Beschwerden Ihren Schlaf?

gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

1.11 Wie stark schätzen Sie Ihre Beschwerden ein?

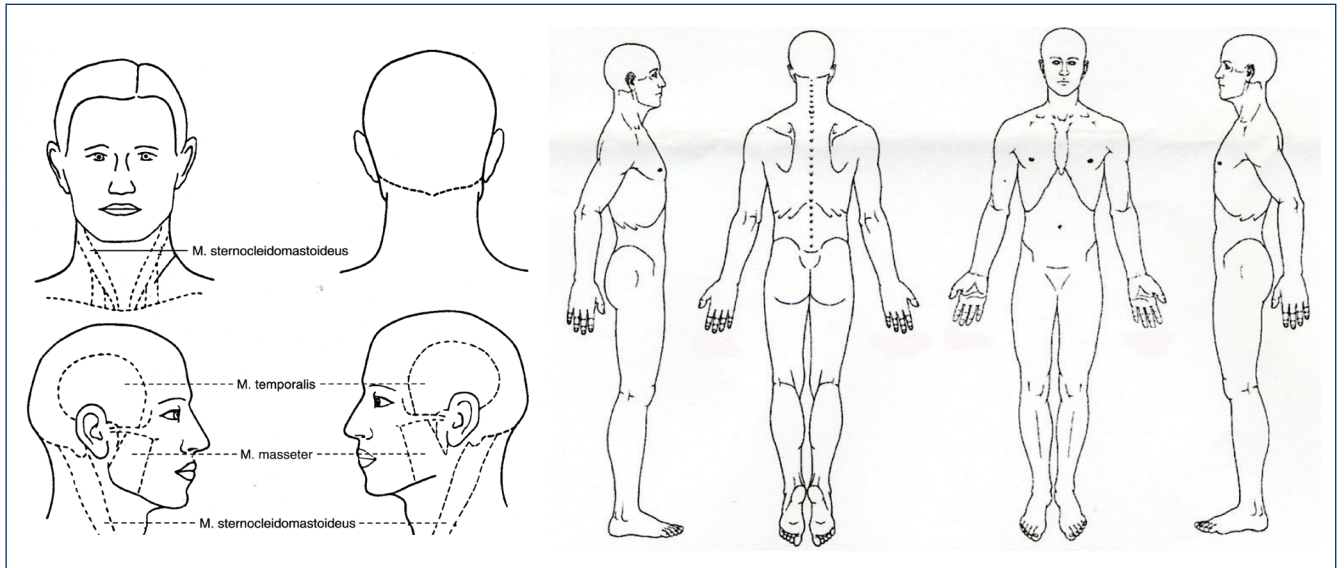
gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

Fragebogen für Patienten

mit craniomandibulären Funktionsstörungen (CMD), Erkrankungen des Kausystems und funktionell bedingten Kopf-, Gesichts- und Muskelschmerzen

1.12 Lokalisation Ihrer Beschwerden:

Bitte zeichnen sie die genaue Lokalisation Ihrer Beschwerden in die untenstehende Grafik.



- 1.13 Haben Sie bereits andere Kollegen wegen desselben Problems konsultiert? ja nein
 Hausarzt Hals-Nasen-Ohrenarzt Orthopäden Zahnarzt Neurologen andere _____

Datum	Ärztliche Behandlung	Zahnärztliche Behandlung	Physiotherapie

- 1.14 Wurde bei Ihnen bereits eine Funktionstherapie durchgeführt? ja nein
 1.15 Benutzen Sie eine Beiß- oder Knirscherschiene ja nein
 Oberkieferschiene Unterkieferschiene
 1.16 Ist die Beiß- oder Knirscherschiene älter als 6 Monate? ja nein
 1.17 Wurden Sie wegen Ihrer Kiefer/Gesichtsschmerzen bereits operiert? ja nein
 Einschließlich Zahnentfernung, mit dem Ziel der Linderung Ihrer Beschwerden.

Datum	Art der Operation	Dauer der Linderung

- 1.18 Wie zufrieden waren Sie mit dem bisherigen Behandlungsergebnis?
 sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden
- 1.19 Wie zufrieden waren Sie mit den bisherigen Behandlern?
 sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden
- 1.20 Hatten Sie eine Zahnsperre? ja nein
 1.21 Wenn es nötig wäre, würden Sie eine Zahnsperre tragen? ja nein
 2.1 Allgemeine Erkrankungen ja nein wenn ja, welche: _____

Haben Sie besondere Wünsche, Fragen oder Anregungen?

Fragebogen für Patienten

mit craniomandibulären Funktionsstörungen (CMD), Erkrankungen des Kausystems und funktionell bedingten Kopf-, Gesichts- und Muskelschmerzen

2. Vorgeschichte

- Diabetes Lungenerkrankung Epilepsie Hepatitis Anämie
 Herzerkrankung Asthma verlängerte Blutungszeit Rheumatisches Fieber Nierenerkrankung

2.2 Nehmen Sie Medikamente? ja nein wenn ja, welche:

Medikament	Dosierung	Zeitraum

2.3 Waren Sie in den letzten zwölf Monaten schon beim Zahnarzt? ja nein

Was wurde gemacht?

- Allgemeine Kontrolle Füllung Kronen/Brücken Extraktionen andere _____

2.4 Wie wichtig ist Ihnen Ihre Zahngesundheit?

gar nicht wichtig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr wichtig

2.5 Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen? ja nein

- Temperaturempfindlichkeit Rückgang des Zahnfleisches Zahnwanderungen
 Zahnfleischbluten lockere Zähne Zahnschmerzen

2.6 Tragen Sie Zahnersatz? ja nein

- Kronen Brücken Prothese

2.7 Hatten Sie eine schwierige Weisheitszahn-Extraktion? ja nein

2.8 Fehlen Ihnen andere Zähne? ja nein

2.9 Sind Ihre Zähne abgenutzt, erkennen Sie Schliffacetten? ja nein

2.10 Stört Sie ein Zahn beim Schließen des Mundes? ja nein

2.11 Haben Sie früher am Daumen oder Schnuller gelutscht? ja nein

2.12 Atmen Sie durch den Mund? ja nein

2.13 Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein

3. Kiefergelenk

3.1 Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes? ja nein

- rechts links

3.2 Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen? ja nein

3.3 Schmerzen beim Beißen bzw. Kauen? ja nein

3.4 Lässt sich Ihr Mund nur eingeschränkt öffnen? ja nein

3.5 Haben Sie Schmerzen bei der Mundöffnung? ja nein

3.6 Benutzen Sie beim Kauen nur eine Seite? ja nein

- rechts links

3.7 Kauen sie häufig Kaugummi? ja nein

3.8 Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt? ja nein

3.9 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

3.10 Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals- oder Kopfbereich? ja nein

3.11 Gibt es druckempfindliche Stellen im Bereich der Wangen, Schläfen oder am Kieferwinkel? ja nein

Fragebogen für Patienten

mit craniomandibulären Funktionsstörungen (CMD), Erkrankungen des Kausystems und funktionell bedingten Kopf-, Gesichts- und Muskelschmerzen

4. HNO

- 4.1 Haben Sie Ohrgeräusche oder Tinnitus? ja nein
 rechts links beidseitig
- 4.2 Leiden Sie unter uncharakteristischen Ohrenbeschwerden? ja nein
- 4.3 Kommen bei Ihnen Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl vor? ja nein
 rechts links beidseitig
- 4.4 Haben Sie Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion? ja nein
- 4.5 Ist ihr Hörvermögen vermindert? ja nein
 rechts links beidseitig

5. Sonstiges

- 5.1 Sind Sie morgens beim Aufwachen oft verspannt? ja nein
- 5.2 Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur? ja nein
- 5.3 Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule (Skoliose, Beinverkürzung ect.)? ja nein
- 5.4 Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein
 Schnarchen Atemaussetzer Tagesmüdigkeit Tagesschlaf
- 5.5 Kennen Sie Taubheitsgefühle? ja nein
 Arme Finger Nase Zunge Lippe
- 5.6 Haben Sie Probleme mit den Augen? ja nein
 Augenflimmern Sehstörungen lichtempfindliche Augen
 Gleitsichtbrille? Schmerzen hinter den Augen
- 5.7 Haben Sie Schwierigkeiten im Halsbereich? ja nein
 Halsschmerzen häufiges Räuspern Heiserkeit
 Schluckbeschwerden Kloß im Hals
- 5.8 Haben Sie Probleme mit dem Sprechen? ja nein
- 5.9 Haben Sie oft Kopfschmerzen? ja nein
 Schläfenkopfschmerz Migräne Spannungskopfschmerz

6. Stressbelastung

Aktuelle Stressbelastung

Bitte tragen Sie hier die ermittelte Summe des „Zusatzfragebogen Stressbelastung“ ein.

Bitte beachten Sie, dass ein vereinbarter Behandlungstermin ausdrücklich für Sie reserviert ist. Bitte teilen Sie spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin uns eine Terminabsage mit.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Behandlung.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Bei eintretenden Änderungen während der gesamten Behandlung informiere ich das Behandlungsteam.

Stuttgart, den _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Gegenzeichnung d. Praxis