



## 1. Anamnese:

---

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir notwendige Informationen haben um Ihre Beschwerden optimal zu behandeln.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ wohnhaft in: \_\_\_\_\_

#### Ich leide zur Zeit unter:

	trifft zu	wenig	gar nicht
Verletzungen an Lippe oder Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen / empfindliche Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stark abgenutzten Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knacken und Reiben beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blockierter Mundöffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannungen morgens beim Aufwachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackensteifigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenschmerz oder Druckgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusch (Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl der Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	trifft zu	wenig	gar nicht
Schmerzen im Nacken und den Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruflicher oder familiärer Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die folgende ergänzende Fragen:**

- Ich habe die Tendenz mit den Zähnen zu knirschen  ja  nein
- Ich habe die Tendenz mit den Zähnen zu pressen  ja  nein
- Tragen Sie eine Zahnschiene?  ja  nein
- Wurde in der Vergangenheit eine kiefer-orthopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein
- wenn ja wann? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie einen Unfall mit Verletzung des Kopfes oder der Halswirbelsäule?  ja  nein
- wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wenn Sie unter Kopf- und / oder Gesichtsschmerzen leiden, so zeichnen Sie bitte die Lokalisation Ihrer Schmerzen in der folgenden Skizze ein:

