



Angaben zum Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und wo tritt der Schmerz hauptsächlich auf?

Haben Sie

- Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein
- Schmerzen in der Ohrregion? ja nein
- häufiger Kopfschmerzen? ja nein
- häufiger Nackenschmerzen? ja nein
- Schmerzen in anderen Regionen? ja nein

Wenn ja, wo: _____

Mit welcher Intensität würden Sie Ihre Schmerzen einstufen? (1 = schwach; 10 = sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte beachten Sie auch die
Rückseite des Formulars!
Vielen Dank.

Fragebogen für Kiefergelenk- und Kaufunktionsstörungen



Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja nein

Hatten Sie jemals Schwierigkeiten den Mund weit zu öffnen? ja nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein

Wenn ja, welche?

Knacken: links rechts

Reibegeräusche: links rechts

Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wurden in der letzten Zeit Maßnahmen durch Ihren Zahnarzt durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche? (z. B. Zahnersatz, Überkronung, ...)

Wurden bereits Maßnahmen bezüglich Ihrer Kiefergelenksbeschwerden vom Zahnarzt durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche?
(z. B. Schmerzmittel, Verordnungen für Physiotherapie, Osteopathie, ...)

Kauen Sie oft Kaugummi? ja nein

Auf welcher Seite kauen Sie vornehmlich? links rechts

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welche Sportart?

Sind Sie in Ihrem Beruf:

- körperlich tätig? ja nein
- Sprechen Sie viel? ja nein
- sitzend am Computer/Schreibtisch? ja nein

Vielen Dank!