



## 1. Anamnese:

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_

	trifft zu	wenig	gar nicht
Pressen oder Knirschen mit den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 abgenutzte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne haben sich verschoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knacken und Reiben beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundöffnung ist blockiert	<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"/>
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	trifft zu	wenig	gar nicht
Berührungsempfindlichkeit der Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berührungsempfindlichkeit des Gesichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flimmern vor den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen von Doppelbildern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen hinter den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulderschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl in Armen oder Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruflicher oder familiärer Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

