



CMD Anamnese Fragebogen

Bringen Sie das Formular bitte ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.

Datum: _____

Name: _____

Mit welchen Beschwerden kommen Sie?

Wurden Sie daraufhin schon ärztlich untersucht?

Leiden Sie unter:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Herz- /Lungenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit /Kloßgefühl | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Stress im Alltag |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> räuspern / Dysphonie |
| <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl, kribbeln, Schmerzausstrahlung |
| | <input type="checkbox"/> Verletzungen / Unfälle im Kopf- / Nackenbereich |
| | <input type="checkbox"/> sonstige Unfälle / OP´s: z.B. Zahnmedizin: |

Schmerzskala momentan:

-> wie stark ausgeprägt: _____

-> wie stark beeinflussen sie den Alltag: _____

-> ist jetzige Lebenssituation mit Stress belastet: _____

Haben Sie Mundöffnungs- / schlussprobleme:

Knacken / knirschen / pressen Sie nachts oder in angespannten Situationen?

Treten die Beschwerden zu bestimmten Zeiten auf (Tageszeit, Min./Std., Häufigkeit)?

Sind die Beschwerden im Urlaub verschwunden?

Haben sich über mehrere Wochen Veränderungen ergeben?

Sind relativ zeitgleich in anderen Geweben / Gelenken Probleme aufgetreten?

Passen die Zähne gut aufeinander oder stört etwas?

Sind die Zähne u./od. Zahnfleisch temperaturempfindlich?

Tritt häufiger Mundtrockenheit u./od. Zungenbrennen auf?

Tragen sie eine Entlastungsschiene?

Sind Sie wegen anderer Beschwerden in Behandlung?(Wenn ja, welche?)
