

CMD-Fragebogen

Dies ist ein Fragebogen zur Ermittlung von Auswirkungen funktioneller Störungen des Kausystems [CMD, Cranio-Mandibuläre Dysfunktion]. Sollten Sie mehrere Fragen mit „Ja“ beantworten, werden wir im ärztlichen Gespräch klären, ob eine weitergehende Diagnostik notwendig ist.

PATIENT

NAME, VORNAME _____

	Ja	Nein
Hatten Sie in der Vergangenheit einen Unfall mit Schädigungen im Hals- / Kopfbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie schon mal operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Verspannungen der Nacken – und/ oder Schultermuskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter chronischen Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bei sich eine eingeschränkte Kieferbeweglichkeit festgestellt [z.B. eine geringe Mundöffnung]?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schmerzen in den Ohr- und Kiefergelenkregionen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bei sich Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen des Mundes festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Tinnitus oder Ohrgeräuschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie den Eindruck, dass ihr Biss nicht zueinander passt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bereits bei sich beobachtet, dass Sie mit den Zähnen bewusst- oder unbewusst knirschen oder pressen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schlafstörungen [Schnarchen / Atemaussetzer]?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie gelegentlich oder dauernd Streßbelastungen im beruflichen oder privaten Bereich ausgesetzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie als Kind / Jugendliche(r) eine Zahnspange, Klammer gehabt oder waren Sie sonst in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zähne, die überkront sind oder tragen Sie Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zähne, die überkront sind oder tragen Sie Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DATUM, UNTERSCHRIFT _____