



BAUMSTARK

ZAHNÄRZTE

Liebe Patientinnen, liebe Patienten

mit diesem kurzen Fragebogen möchten wir herausfinden, ob Ihre Beschwerden möglicherweise mit einer Funktionsstörung des Kausystems (CMD) zusammenhängen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

PERSÖNLICHE ANGABEN

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Telefon	E-Mail	

ERGEBNIS DER AUSWERTUNG

Erfolgt durch die Praxis Baumstark.

CMD-QUICK-CHECK

Bitte kreuzen Sie an, welche Beschwerden bei Ihnen auftreten.

BESCHWERDEN IM KIEFERBEREICH

- | | |
|---|--|
| ☐ Schmerzen im Kiefergelenk | ☐ Gefühl, dass der Kiefer blockiert |
| ☐ Schmerzen beim Kauen | ☐ Verspannungen der Kaumuskulatur |
| ☐ Schmerzen beim Mundöffnen | ☐ Morgendliche Kieferschmerzen |
| ☐ Eingeschränkte Mundöffnung | ☐ Veränderung des Bisses |
| ☐ Kieferknacken | ☐ Keine der genannten Beschwerden |
| ☐ Kieferreiben oder -knirschen | |

ZÄHNEKNIRSCHEN UND PRESSEN

- ☐ Ich knirsche nachts mit den Zähnen.
- ☐ Mir wurde gesagt, dass ich nachts knirsche.
- ☐ Ich presse tagsüber die Zähne zusammen.
- ☐ Ich wache morgens mit verspannten Kiefern auf.
- ☐ Ich trage bereits eine Schiene.
- ☐ Ich hatte noch nie eine Schiene.

KOPF-, NACKEN- UND GESICHTSBESCHWERDEN

Haben Sie regelmäßig:

- | | |
|--|--|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Gesichtsschmerzen |
| ☐ Migräne | ☐ Schmerzen im Bereich der Schläfen |
| ☐ Nackenschmerzen | ☐ Druckgefühl im Gesicht |
| ☐ Schulterverspannungen | ☐ Keine dieser Beschwerden |
| ☐ Schwindel | |

BESCHWERDEN AN OHREN UND AUGEN

- | | |
|--|---|
| ☐ Ohrenschmerzen | ☐ Sehstörungen |
| ☐ Ohrgeräusche (Tinnitus) | ☐ Augenbeschwerden oder Augendruck |
| ☐ Druckgefühl auf den Ohren | ☐ Keine dieser Beschwerden |
| ☐ Schwindel | |

BESCHWERDEN AN RÜCKEN UND KÖRPERHALTUNG

- | | |
|--|---|
| ☐ Rückenschmerzen | ☐ Schulterbeschwerden |
| ☐ Beschwerden der Halswirbelsäule | ☐ Beckenschiefstand wurde festgestellt |
| ☐ Beschwerden der Brustwirbelsäule | ☐ Haltungsschäden wurden festgestellt |
| ☐ Beschwerden der Lendenwirbelsäule | ☐ Keine dieser Beschwerden |

WANN TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Morgens nach dem Aufwachen | ☐ Beim Sport |
| ☐ Tagsüber unter Stress | ☐ Dauerhaft |
| ☐ Beim Essen | ☐ Unregelmäßig |
| ☐ Beim längeren Sprechen | |

STRESS UND BELASTUNG

Wie würden Sie Ihre aktuelle Belastung einschätzen?

- ☐ Sehr gering
- ☐ Gering
- ☐ Mittel
- ☐ Hoch
- ☐ Sehr hoch

Haben Sie aktuell:

- ☐ Beruflichen Stress
- ☐ Familiäre Belastungen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Konzentrationsprobleme
- ☐ Erschöpfung

FRÜHERE BEHANDLUNGEN

Wurden Sie bereits wegen Ihrer Beschwerden behandelt?

- | | |
|---|--|
| ☐ Nein | ☐ Ja, beim Osteopathen |
| ☐ Ja, beim Zahnarzt | ☐ Ja, beim Orthopäden |
| ☐ Ja, beim Kieferorthopäden | ☐ Ja, beim HNO-Arzt |
| ☐ Ja, beim Physiotherapeuten | ☐ Ja, bei einem anderen Behandler |

Welche Behandlungen wurden durchgeführt?
(Freitext)

BESCHWERDEINTENSITÄT

Wie stark belasten Sie Ihre Beschwerden aktuell?

0 = keine Beschwerden | 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Bitte tragen Sie hier Ihren Wert (1-10) ein: _____

IHR HAUPTANLIEGEN

Was ist der wichtigste Grund für Ihre Anfrage?

- | | |
|--|---|
| ☐ Kiefergelenkschmerzen | ☐ Tinnitus |
| ☐ Knacken oder Blockieren des Kiefers | ☐ Unklare Beschwerden, Ursache bisher nicht gefunden |
| ☐ Zähneknirschen | ☐ Zweitmeinung |
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Sonstiges: |
| ☐ Nacken- und Schulterbeschwerden | |

FREITEXT

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden in eigenen Worten:
