



FRAGEBOGEN FÜR KIEFERGELENKS- UND KAUFUNKTIONSSTÖRUNGEN

**Herzlich Willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis
Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger!**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Damit wir einen reibungslosen und erfolgreichen Behandlungsablauf gewährleisten können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

PATIENTENDATEN

Namen:	Vorname:
Geburtsdatum:	Tagesdatum:

Kreuzen Sie hier bitte an, wie stark und auf welcher Seite Sie sich beeinträchtigt fühlen:

0 = nein 1 = leicht/selten 2 = mittel 3 = stark/häufig/ständig ? = weiß nicht

Fragen	0	1	2	3	re	li
Schnarchen Sie?						
Haben Sie Atemaussetzer im Schlaf?						
Knirschen, mahlen oder pressen Sie unbewusst tagsüber oder nachts mit den Zähnen?						
Schmerzt es bei festem Kauen/Zubeißen?						
Kauen Sie einseitig? Wenn ja: auf welcher Seite?						
Haben Sie empfindliche Zähne?						
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung z.B. beim Gähnen?						
Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt, ohne dass es schmerzt?						
Knacken Ihre Kiefergelenke?(Evtl. früher und jetzt nicht mehr?)						
Machen Ihre Kiefergelenke Reibegeräusche?						
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?						
Passen Ihre Zähne schlecht aufeinander?						



Haben Sie Ohrgeräusche (Tinnitus)?						
Haben Sie ohne Grund das Gefühl von Wasser im Ohr oder Druck auf den Ohren?						
Haben Sie (evtl. trotz guter Brille) Sehprobleme?						
Leiden Sie unter nicht blutdruckbedingtem Schwindel?						
Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall? (Halskrause?)						
Leiden Sie an Verspannungen oder Schmerzen im Kopf-Hals-Nacken oder Rückenbereich?						
Haben Sie Probleme mit Gelenken?						
Bekommen Sie wegen obiger Beschwerden Massagen, Physiotherapie oder Osteopathie?						
Leiden Sie an Kopfschmerzen? Wenn häufig zu einer bestimmten Tageszeit: wann:						
Leiden Sie an Migräne?						
Haben Sie das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?						
Nehmen Sie Medikamente gegen oben angeführte Beschwerden?						
Fühlen Sie sich momentan beruflich oder privat gestresst oder belastet? Haben Sie Sorgen?						

Welche Symptome stören bzw. beunruhigen Sie am meisten?

Wurden in der letzten Zeit Maßnahmen durch Ihren Zahnarzt durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche (Zahnersatz, Überkronung)?

Wurden bereits Maßnahmen bezüglich Ihrer Kiefergelenksbeschwerden vom Zahnarzt durchgeführt? Ja Nein

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

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 tätig?	Ja	Nein

Wurden bei einem Unfall Kiefer oder Zähne verletzt?	Ja	Nein
---	----	------

Halten Sie eine Behandlung der von Ihnen oben angegebenen Probleme für erforderlich?	Ja	Nein
--	----	------

Vielen Dank für die Beantwortung oben stehender Fragen!

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihrer Angaben schnellstmöglich zu informieren.

Herzliche Grüße

Ihr Praxisteam Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger