

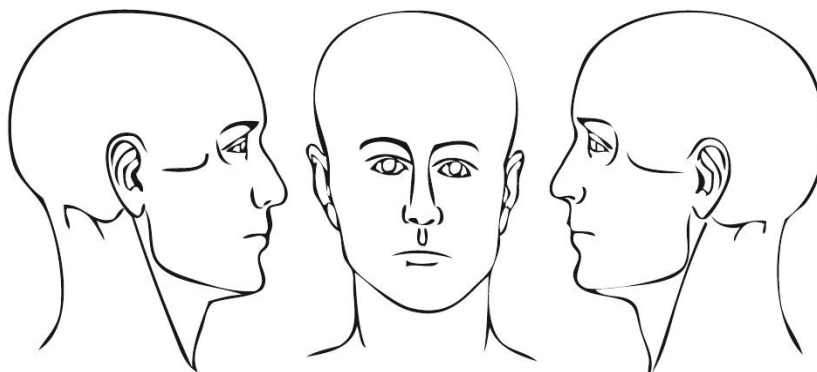
CMD-ANAMNESE

Angaben zu Ihrer Person

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Aktuelle Beschwerden

Bitte vorhandene Schmerzzonen im Kiefer-, Gesichts-, Kopf- oder Nackenbereich einzeichnen:



Leiden Sie regelmäßig unter? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	Ohrschmerzen / Druckgefühl
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	Gesichtsschmerzen
<input type="checkbox"/>	Schmerzen hinter den Augen	<input type="checkbox"/>	Augenflimmern
<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen / empfindliche Zähne	<input type="checkbox"/>	Verletzungen an Lippen o. Zunge
<input type="checkbox"/>	Kieferknacken / Reiben beim Kauen	<input type="checkbox"/>	Eingeschränkte Mundöffnung
<input type="checkbox"/>	Kieferblockaden	<input type="checkbox"/>	Zähne haben sich verschoben
<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	Tinnitus / Ohrgeräusche
<input type="checkbox"/>	Verspannungen am Morgen	<input type="checkbox"/>	Nackenschmerzen / Steifigkeit
<input type="checkbox"/>	Schmerzen im Schultergürtel	<input type="checkbox"/>	Taubheitsgefühl in Arme + Hände
<input type="checkbox"/>	Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden

Was trifft auf Sie zu? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Pressen oder Knirschen mit den Zähnen
<input type="checkbox"/>	Häufiges Kaugummikauen
<input type="checkbox"/>	Häufiges Kauen auf Stifte oder Lippen
<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine bevorzugte Seite beim Kauen?
<input type="checkbox"/>	Gefühl, dass die Zähne nicht aufeinander passen
<input type="checkbox"/>	Wurde Winkelfehlsichtigkeit der Augen diagnostiziert?
<input type="checkbox"/>	Beruflicher oder / und familiärer Stress / außergewöhnlich hohe Belastung

Gibt es traumatische Ursachen?

<input type="checkbox"/>	Schlag oder Sturz auf das Kinn
<input type="checkbox"/>	Unfall mit Verletzung des Kopfes oder der HWS
<input type="checkbox"/>	Auffahrunfall mit Schleudertrauma

Fanden Zahnarztbehandlungen in den letzten Wochen / Monaten statt?

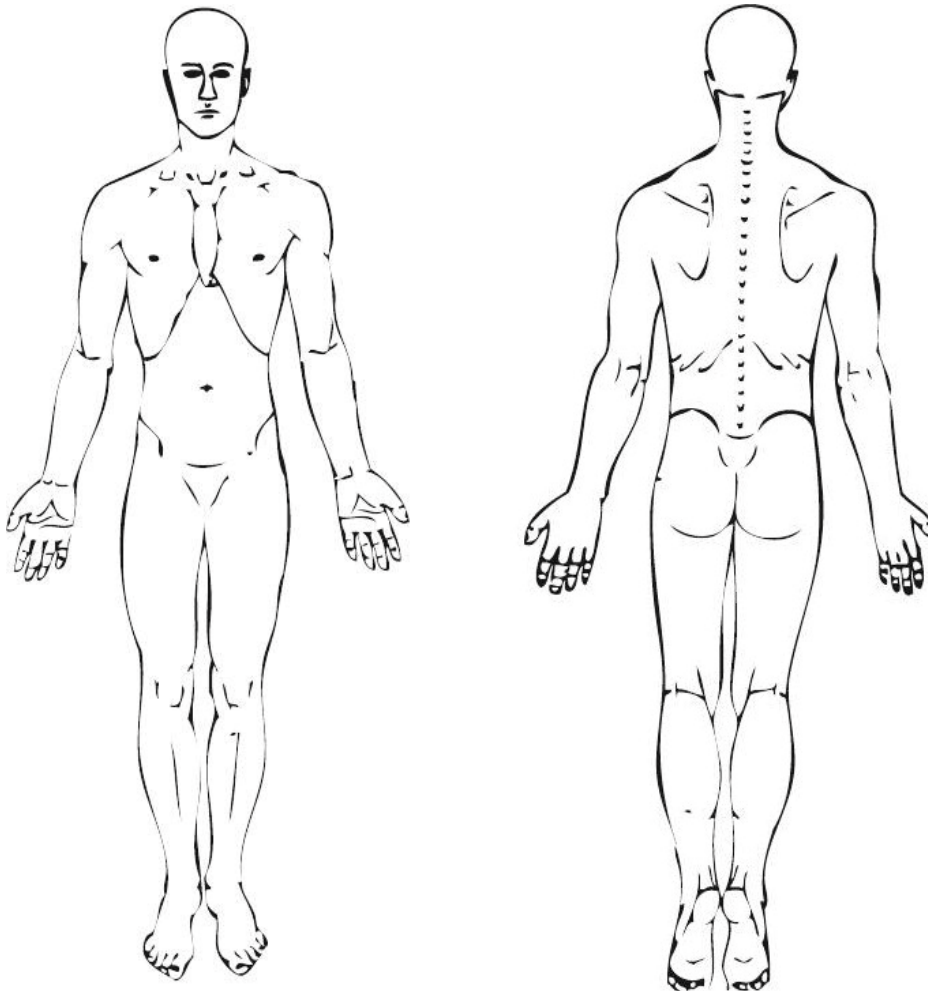
<input type="checkbox"/>	Langwierige Zahnbehandlung
<input type="checkbox"/>	Neue Zahnfüllung / neue Zahnkronen / neuen Zahnersatz
<input type="checkbox"/>	Backenzahnoperation / Zahnwurzelbehandlung
<input type="checkbox"/>	Kieferoperation

Wurden Sie mit einer Schiene versorgt?

seit wann	
von wem	
Schienenart	
Veränderung / Wie?	

Aktuelle Beschwerden am Bewegungsapparat

Bitte vorhandene Schmerzzonen einzeichnen:



Vielen Dank für Ihre Mithilfe.