

## Fragebogen für Kiefergelenk- und Kaufunktionsstörungen

### Angaben zum Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und wo tritt der Schmerz hauptsächlich auf?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Haben Sie

- Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke?  ja  nein
- Schmerzen in der Ohrregion?  ja  nein
- häufiger Kopfschmerzen?  ja  nein
- häufiger Nackenschmerzen?  ja  nein
- Schmerzen in anderen Regionen?  ja  nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit welcher Intensität würden Sie Ihre Schmerzen einstufen? (1 = schwach; 10 = sehr stark)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Bitte beachten Sie auch die  
Rückseite des Formulars!  
Vielen Dank.

## Fragebogen für Kiefergelenk- und Kaufunktionsstörungen

Haben Sie Beschwerden beim Kauen?  ja  nein

Hatten Sie jemals Schwierigkeiten den Mund weit zu öffnen?  ja  nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Knacken:  links  rechts

Reibegeräusche:  links  rechts

Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein

Wurden in der letzten Zeit Maßnahmen durch Ihren Zahnarzt durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, welche? (z. B. Zahnersatz, Überkronung, ...)

---

Wurden bereits Maßnahmen bezüglich Ihrer Kiefergelenksbeschwerden vom Zahnarzt durchgeführt?  ja  nein

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

---

Kauen Sie oft Kaugummi?  ja  nein

Auf welcher Seite kauen Sie vornehmlich?  links  rechts

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?  ja  nein

Vielen Dank!