

# FUNKTIONSANAMNESE

PATIENT ..... Geburtsdatum ..... | Datum .....

HABEN SIE AKUTE BESCHWERDEN IM KOPF-KIEFER-NACKEN-BEREICH?  ja  nein

BITTE KREUZEN SIE AN WELCHE DER FOLGENDEN  
BESCHWERDEN BEI IHNEN ZUTREFFEN

	akut	regelmäßig	selten	nie
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bereich der Schläfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannung im Nacken-/Rückenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenscherzen/Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel/Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme im Kiefergelenk/bei der Mundöffnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Zubeißen/Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Wirbelsäule/der Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Schmerzen .....				
Ich habe eine allgemeine Erkrankung .....				

WANN TRETEN DIE BESCHWERDEN AM HÄUFIGSTEN AUF?

	sehr oft	regelmäßig	selten	nie
Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beschwerden schränken mich im Alltag ein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Die Beschwerden treten seit einem Unfall auf .....				

ICH WAR/BIN WEGEN DER BESCHWERDEN IN BEHANDLUNG

- Hausarzt/-ärztin  Orthopädie  Neurologie  Physiotherapie  andere
- Ich war/bin in kieferorthopädischer Behandlung (Zahnklammer, -spange, Schienen o.ä.).
- Ich trage folgenden Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate). Seit wann .....
- Ich trage herausnehmbaren Zahnersatz (Teil-/Vollprothese). Seit wann .....
- Ich hatte eine schwierige Weisheits-/Zahnextraktion. Wann .....

WELCHE DER FOLGENDEN BESCHREIBUNGEN TREFFEN BEI IHNEN ZU?

- Meine Kiefergelenke knacken oder knirschen beim Kauen.
- Ich knirsche oder presse häufig mit den Zähnen.
- Ich kann meinen Mund nur eingeschränkt öffnen.
- Meine Zähne scheinen nicht übereinander zu passen.
- Mein Mund ist oft trocken und/oder meine Zunge brennt häufig.
- Meine Zähne reagieren sehr empfindlich auf Temperaturen.
- Beim Kauen benutze ich nur eine Seite.
- Meine Zähne sind oft in Zahnkontakt.
- Bei Anstrengung/Sport beiße ich die Zähne zusammen.
- Taubheitsgefühle im Nase-Lippen-Bereich.
- Taubheitsgefühle in den Armen/Händen.
- Ich arbeite viel am Computer.
- In welcher Position schlafen Sie am liebsten? .....

BITTE MARKIEREN SIE DIE BEREICHE  
DIE AM HÄUFIGSTEN SCHMERZEN

