

Anamnesebogen Funktionsstörungen:

Patient/in:	Geburtsdatum:	Pat.-Nr.:
Datum:	Behandlungsbeginn:	Behandlungsende

Bitte schildern Sie kurz Ihre Beschwerden, die für Ihre Konsultation ausschlaggebend sind:

Wann registrierten Sie diese Beschwerden zum ersten Mal? _____

Wie kamen Sie in meine Praxis?

- Durch Überweisung, wenn ja, von wem _____
Fachrichtung _____
- Information von Patienten mit ähnlichen Problemen
- Aufgrund des eigenen Behandlungswunsches

Wurden Sie wegen dieser oder in diesem Zusammenhang stehenden Beschwerden bereits behandelt?

Monat/ Jahr	Beschwerden	Behandlung

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie zutreffendes ankreuzen:

Würden Sie Ihre Beschwerden als Schmerzen bezeichnen?

Welche Schmerzen treffen zu?

- | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | | |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Schläfenregion | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Ohrbereich, Schwindel, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bei der Mundöffnung | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Zubeißen bzw. Kauen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |

Weitere wichtige Fragen:

Wie oft haben Sie Beschwerden?

- ständig nur zeitweise

Treten die Beschwerden zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- nein ja, wann? _____

Gehen die Beschwerden im Urlaub zurück?

- nein ja

Werden Sie tagsüber an die Beschwerden erinnert, ist Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt?

- nein ja

Hatten Sie einen Unfall o. ä. mit Beteiligung von Kopf- und Halsbereich?

- nein ja

Haben Sie Narben?

- nein ja

Gab es eine schwierige Weisheitszahnextraktion?

- nein ja

Haben Sie Zahnersatz (Inlay, Krone, Brücken, Prothesen)
Wenn ja, bitte folgende Fragen so gut wie möglich beantworten

Art des Zahnersatzes	wann eingegliedert	Wie damit zurecht gekommen?		Sind nachträglich Korrekturarbeiten durchgeführt worden?	
		sofort sehr gut	lange Eingewöhnungszeit	Keine oder wenige	viele Korrekturen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Beschwerden in der Wirbelsäule oder anderen Gelenken?

- nein ja

Wenn ja, sind Sie wegen dieser weiteren Beschwerden schon in ärztlicher Behandlung, welche Fachrichtung?

- Hausarzt Neurologe
 Orthopädie Manualtherapie andere

Waren Sie wegen der Beschwerden schon in zahnärztlicher Behandlung?

- ja nein

Wenn ja, wurde eine Therapie durchgeführt?

- ja nein

Haben Sie Kiefergelenkknacken oder andere Geräusche (z.B. Reibegeräusche beim Öffnen und/ oder Schließen des Mundes) bemerkt?

- ja nein

Kauen Sie nur auf einer Seite?

- ja nein

Wenn ja, auf welcher? _____

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?

- ja nein

Können Sie den Mund manchmal nicht richtig öffnen oder schließen?

- ja nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

- ja nein

Sind vereinzelt Zähne stark empfindlich gegen Kälte, Putzen oder Süßes?

- ja nein

Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

Wenn ja:

Hatten Sie eine herausnehmbare Spange?

Oder festgeklebte Brackets?

Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagemüdigkeit?

ja nein

Diese Auswertung nimmt Zeit in Anspruch, sollten Sie unsere Praxis nicht mehr aufsuchen, berechnen wir Ihnen bis dahin angefallene Kosten (Labor-, Materialkosten etc.) als Privatleistung.

Datum, Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine bessere Beurteilung Ihrer Beschwerden und der Beurteilung des Behandlungsverlaufes wurde der nachfolgende Fragebogen entwickelt.

Vergeben Sie ein „Schulnote“ für Ihre Beschwerden und Einschränkungen. Wählen Sie zwischen den Noten „1“ und „10“.

„1“ steht dabei für keinerlei Einschränkungen, „10“ steht für unerträgliche Beschwerden.

Bitte helfen Sie uns und füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Wegen meiner Beschwerden habe ich...

...Schwierigkeiten den Unterkiefer zu bewegen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten wie gewohnt zu sprechen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten beim Abbeißen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten mir über die Lippen zu lecken	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten feste Nahrung zu mir zu nehmen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten beim Kauen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten das Essen in gewohnt großen Bissen zu mir zu nehmen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten wenn ich den Mund weit öffnen will	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten beim Gähnen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten beim Lachen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten den Mund wie gewohnt auszuspülen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schwierigkeiten beim Schlafen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
...Schmerzen	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Patientenname: _____

Datum: _____