

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

***Herzlich Willkommen in der Praxis Physiozeit!***

*Die folgenden Fragen geben uns einen ersten Hinweis, ob Sie an einer Funktionsstörung des Kiefergelenks leiden könnten. Ihre Antworten unterstützen uns bei möglichen weiteren Untersuchungen und Behandlung Ihrer Beschwerden.  
Vielen Dank*

**Was ist der Grund für Ihren Besuch bzw. für die Zahnärztliche Verordnung?**

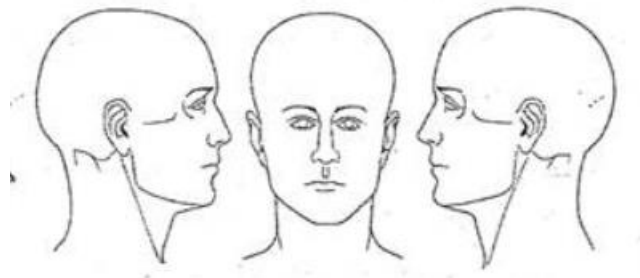
---

---

---

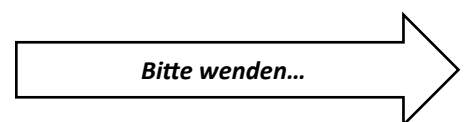
**Haben Sie Schmerzen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?**                      JA            NEIN

**Wenn ja, wo genau?** (bitte einzeichnen)



**Leiden regelmäßig Sie unter?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kiefergelenkschmerzen / Schmerzen im Ohrbereich?
- Kieferknacken / Kieferblockaden?
- Schmerzen bei bestimmten Bewegungen des Kiefers (kauen, Mund öffnen, Mund schließen, Kiefer zur Seite nach links / rechts schieben,.....)?
- eingeschränkter Kieferbeweglichkeit?
- Kopfschmerzen?
- Gesichtsschmerzen?
- Tinnitus / Ohrgeräusche?
- Schwindel?
- ungeklärten Zahnschmerzen?



**Pressen oder Knirschen Sie häufig mit den Zähnen?** ..... ja / nein / k.A.

**Können Sie bei sich eine Kieferaktivität feststellen, die über das übliche Kauen hinausgeht?**

(z.B. häufiges Kaugummikauen, an Stiften kauen, in die Lippe beißen)..... ja / nein / k.A.

**Wurden Sie vom Zahnarzt mit einer Schiene versorgt?** ..... ja / nein

**Haben Sie beim Kauen eine bevorzugte Seite?** ..... ja / nein / k.A.

**Gibt es eine traumatische Ursache für Ihr Kieferleiden** (z.B. Schlag oder Sturz auf das Kinn,

langwierige Zahnbehandlung etc.)? ..... ja / nein / k.A.

**Passen Ihre Zähne richtig aufeinander?** ..... ja / nein / k.A.

**Sonstige aktuelle Beschwerden oder Schmerzen am Bewegungsapparat?**

.....  
.....

**Hatten Sie in letzter Zeit:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- eine neue Zahnfüllung
- eine langwierige Zahnbehandlung
- eine Backenzahnoperation
- einen Bandscheibenvorfall
- einen Auffahrunfall / ein Schleudertrauma

**Geraten Sie in Ihrem Beruf häufig in Stresssituationen oder leiden Sie unter Nervosität oder starker innerer Unruhe?**..... ja / nein / k.A.

**Haben Sie Ihrer Meinung nach eine „ungesunde“ Haltung in der Arbeit bzw. bei bestimmten Tätigkeiten oder Hobbies?** ..... ja / nein / k.A.

**Wurde bei Ihnen eine Winkelfehlsichtigkeit der Augen diagnostiziert?** ja / nein