

FRAGEBOGEN

CRANIO - MANDIBULÄRE DYSFUNKTION [CMD]

Patient/in _____

Patienten-Nummer _____

Datum _____

Geburtsdatum _____

Dies ist ein Kurzfragebogen zur Ermittlung funktioneller Störungen des craniomandibulären Systems (**CMD, Cranio-Mandibuläre Dysfunktion**). Sollten Sie mehrere Fragen mit ‚ja‘ beantworten, besteht ein begründeter Verdacht auf eine CMD-Erkrankung. Eine intensivere Untersuchung des/der Symptome erscheint sinnvoll um abzuklären, ob ein Behandlungsbedarf besteht.

	Ja	Nein
Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B. nur geringe Mundöffnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>