



Praxis Stefan Datt

www.stefan-datt.de
www.physio-charlottenburg.de

Fragebogen Kiefergelenk

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heutiges Datum: _____

1. Litten Sie jemals unter einer eingeschränkten Kieferöffnung (Mundöffnung)?

nein ja

Falls ja, haben Sie durch die eingeschränkte Kieferöffnung Beeinträchtigungen in Ihrer Kaufähigkeit erfahren?

nein ja

2. Knackten Ihre Kiefergelenke, wenn Sie die Kiefer öffnen, schließen oder wenn Sie kauen?

nein ja

3. Erzeugen Ihre Kiefergelenke Reibegeräusche, wenn Sie den Kiefer öffnen, schließen oder wenn Sie kauen?

nein ja

4. Wurde Ihnen gesagt, oder haben Sie selbst bemerkt, dass Sie während des Schlafes mit Ihren Zähnen knirschen oder die Zähne gegeneinander pressen?

nein ja

5. Knirschen oder pressen Sie während des Tages mit Ihren Zähnen?

nein ja

6. Schmerzt Ihr Unterkiefer oder fühlt er sich steif an, wenn Sie morgens aufwachen?

nein ja

7. Sind Ihnen Veränderungen in der Art und Weise, wie Ihre Zähne zusammenbeißen, aufgefallen?

nein ja

8. Leiden Sie an Ohrgeräuschen? nein ja

9. Leiden Sie an Ohrenscherzen? nein ja

10. Hatten Sie im Laufe der vergangenen 4 Wochen Schmerzen im Kiefer-Gesichts-Bereich?

nein ja

Wenn ja, wo? _____

11. Eigene Beobachtungen:
