



Anamnesebogen CMD/Kiefergelenk Ritter und Ritter Kieferorthopädie

Patientendaten:

Vorname/Nachname:

geb. am:

Adresse:

- Zutreffendes bitte ankreuzen oder einkreisen
- nicht Zutreffendes bitte durchstreichen

Seit wann liegen Ihre Kiefergelenksprobleme vor?

Leiden Sie unter:

Zahnschmerzen?

Welche Zähne sind betroffen?

Zähneknirschen?

Aufeinanderpressen der Zähne ?

Nur nachts?

Auch tagsüber?

Abgenutzte oder abgeschliffene Zähnen?

Ohrenscherzen

Rechts?

Links?

Nackenschmerzen?

Selten?

Häufig?

Schulterschmerzen

Rechts?

Links?

Rückenschmerzen?

Knieschmerzen?

Rechts?

Links?

Schmerzen im Schläfenbereich?

Rechts?

Links?

Kopfschmerzen?

Wo?

Ohrgeräusche/Tinnitus?

Rechts?

Links?

Beidseitig?

Schwindel?

Verspannungen/
Muskelschmerzen im Kieferbereich?

Rechts?

Links?

Beidseitig?

Gesichtsschmerzen unklarer Ursache?

Wo?

Einem unklaren Biss?

Einer Trigeminusneuralgie?

Rechts?

Links?

Einschränkung der Mundöffnung?

Seit wann?

Kiefergelenksknacken?

Rechts?

Links?

Seit wann?

Reibegeräusche?

Rechts?

Links?

Seit wann?

Einseitiges Kauen?

Rechts?

Links?

Seit wann?

Hatten Sie einen Unfall/ Operationen im Kopf/ Halsbereich?

Wann?

Welche?

Haben Sie bemerkt, dass bei Stress die Beschwerden zunehmen?

Wann sind die Beschwerden am stärksten?

Beim Kauen?

Morgens?

Im Laufe des Tages plötzlich auftretend?

Dauernd/ den ganzen Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift: