

Datum: _____

Blatt: _____

Untersuchungsbogen für Patienten mit Funktionsstörungen im stomatognathen System

Stempel

Name: _____

Vorname: _____

~~Str.~~ Straße: _____

~~Wohnort:~~ Wohnort: _____

~~geb. am:~~ geb. am: _____ ~~Tele.:~~ Tel.: _____

~~Beruf:~~ Beruf: _____

ich verpflichte mich jede Veränderung meiner Angaben unaufgefordert dem Zahnarzt mitzuteilen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

X

- | | ja | nein |
|---|--|--|
| 1. Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden -
zeitweise
ständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| im/am a) Kopf
b) Nacken
c) Ohrbereich
d) Hals (Rachen) | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| Treten die Beschwerden auf
a) morgens
b) im Laufe des Tages
c) regelmäßig
d) aus einem bestimmten Anlaß | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 4. Ist irgendein Zahn empfindlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kauseite hauptsächlich
rechts
links | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 6. Erlitten Sie Kopfverletzung (Unfall)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ist Ihre Kaufunktion
oder Mundöffnung behindert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Waren oder sind Sie in Behandlung bei
a) Zahnarzt
b) Arzt
c) Facharzt
d) Psychiater | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 9. Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurde Ihr Gebiß bereits eingeschliffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.1. Welche _____

2.1. Welche _____

3.1. Schmerzintensität
weniger intensiv = 1
intensiv = 2

3.2. Spezifizieren: wann, wo?

4.1. Welcher (FDI): Wann:

6.1. Lokalisation, wann?

Besondere Bemerkungen:

Diagnose:

