



Checkliste Kieferschmerzen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie bestmöglich darin zu unterstützen, uns Ihre Beschwerden im Bereich des Kiefers darzustellen, stellen wir Ihnen diesem Fragebogen zur Verfügung.

Sie können den Bogen gerne zum nächsten Termin mitbringen, um uns Ihr Leiden zu verdeutlichen. Wir erarbeiten dann mit Ihnen ein Behandlungskonzept, welches sich daran orientiert.

Haben Sie häufig / regelmäßig Schmerzen

- ☐ im Schläfen- und Gesichtsbereich?
- ☐ im Kiefer oder Kiefergelenk?
- ☐ beim Öffnen oder Schließen des Kiefers?
- ☐ beim Kauen?

Wie stark sind die Schmerzen? (Bitte markieren)

Leicht _____ Sehr stark

Wann sind die Schmerzen besonders intensiv?

- ☐ morgens nach dem Aufstehen
- ☐ über den Tag hinweg keiner klaren Zeit zuzuordnen
- ☐ beim Kauen
- ☐ abends beim zur Ruhe kommen

Sind Ihre Zähne in den letzten Jahren kürzer geworden?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit Zähneknirschen bzw. -pressen festgestellt?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wurden bereits Behandlungsversuche zur Verbesserung Ihrer Beschwerden unternommen?

- ☐ ja
- ☐ nein

