

Name: _____ Beruf: _____ Alter: _____

1. Problem

Schmerzen: Kopf Hals Körper

Funktion: Kauen Biss Kieferbewegung Kiefergelenk

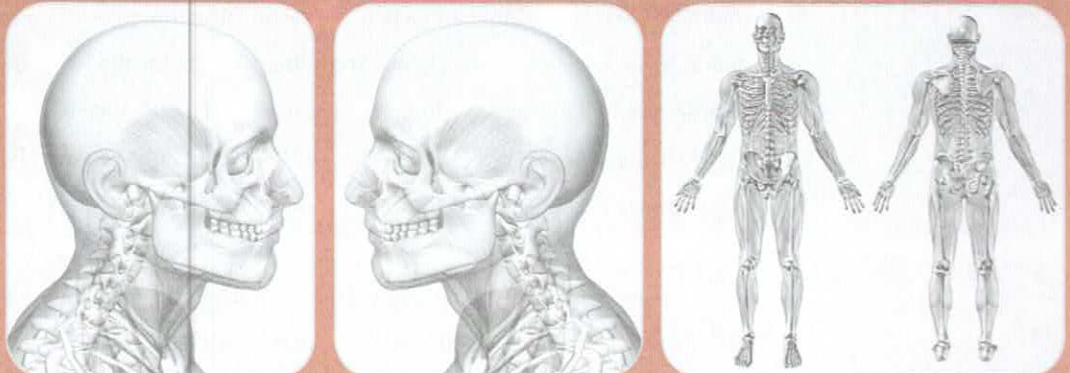
Etw. anderes:

= freie Eingabe

Intensität: 0 = nicht vorh. - 6 = maximal

Schmerzen

Bitte Schmerzmuster bunt nach Art einzeichnen:
 Rot = brennend
 Blau = dumpf/ziehend
 Gelb = stechend
 Pfeil = einschließend.



Die Schmerzen sind besonders heftig am Morgen am Abend tagsüber

in der Ruhe bei viel Reden nach dem Essen ständig schwankend

Lindernd wirkt _____

Funktion

Wenn ich meinen Unterkiefer nach **vorne** bewege
 knackt es knirscht es blockiert es im linken Kiefergelenk im rechten Kiefergelenk

Wenn ich meinen Unterkiefer nach **links** bewege
 knackt es knirscht es blockiert es im linken Kiefergelenk im rechten Kiefergelenk

Wenn ich meinen Unterkiefer nach **rechts** bewege
 knackt es knirscht es blockiert es im linken Kiefergelenk im rechten Kiefergelenk

Im Biss finde ich nicht genug Kontakt auf den linken Seitenzähnen ist links etwas zu hoch und stört
 finde ich nicht genug Kontakt auf den rechten Seitenzähnen ist rechts etwas zu hoch und stört
 stören die Schneidezähne finde ich keine Verzahnung

Anderes Problem

Weshalb wird ein Zusammenhang mit dem Biss vermutet?

Gibt es etwas, das das Problem verschlimmert?

Gibt es etwas, das das Problem verbessert?

2. Seit

Datum: _____ durch Zahnbehandlung Kieferorthopädie Unfall
 schleichend seit ca. _____ Auslöser: _____

3. Versuchte Behandlungen

Zahnarzt Kieferorthopäde Orthopäde Neurologe Psychologe
 HNO Osteopath Heilpraktiker Physiotherapeut

Der bisher beste Erfolg wurde erzielt durch _____

Wichtige Diagnosen: _____