

Funktionsbezogene Anamnese

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Tagesdatum (heute):

Kreuzen Sie hier bitte an, wie stark und auf welcher Seite Sie sich jeweils beeinträchtigt fühlen: 0 = nein 1 = leicht/selten 2 = mittel 3 = stark/häufig/ständig ? = weiß ich nicht	0	1	2	3	re	li	
					↓	↓	Hier bitte frei lassen!
Schnarchen Sie?							
Haben Sie Atemaussetzer im Schlaf?							
Knirschen, mahlen oder pressen Sie unbewusst tagsüber oder nachts mit den Zähnen?							
Schmerzt es bei festem Kauen?							
Kauen Sie einseitig?							
Haben Sie empfindliche Zähne?							
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, z.B. beim Gähnen?							
Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt, ohne dass es schmerzt?							
Knacken Ihre Kiefergelenke? (Evtl. früher und jetzt nicht mehr)							
Machen Ihre Kiefergelenke Reibegeräusche?							
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?							
Passen Ihre Zähne schlecht aufeinander?							
Haben Sie Ohrgeräusche (Tinnitus)?							
Haben Sie ohne Grund das Gefühl von Wasser im Ohr oder Druck auf den Ohren?							
Haben Sie (evtl. trotz guter Brille) Sehprobleme?							
Leiden Sie unter nicht blutdruckbedingtem Schwindel?							
Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall? (Halskrause?)							
Leiden Sie an Verspannungen oder Schmerzen im Kopf-Hals-Nacken-Rückenbereich?							
Haben Sie Probleme mit Gelenken?							
Bekommen Sie wegen obiger Beschwerden Massagen, Physiotherapie oder Osteopathie?							
Leiden Sie an Kopfschmerzen? Wenn häufig zu einer bestimmten Tageszeit: wann:							
Leiden Sie an Migräne?							
Haben Sie das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?							
Nehmen Sie Medikamente gegen oben angeführte Beschwerden?							
Fühlen Sie sich momentan beruflich oder privat gestresst oder belastet? Haben Sie Sorgen?							
Welche Symptome stören bzw. beunruhigen Sie am meisten?							
Halten Sie eine Behandlung der von Ihnen oben angegebenen Probleme für erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							