

Datum: _____

Blatt: _____

Untersuchungsbogen für Patienten mit Funktionsstörungen im stomatognathen System

Stempel

Name: _____

Vorname: _____

~~Straße:~~ _____

~~Wohnort:~~ _____

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

~~Beruf:~~ _____

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

Datum: _____

Unterschrift: _____

X

1. Liegt eine Allgemeinerkrankung vor?

ja	nein
↓	↓
<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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6.1. Lokalisation, wann?

Besondere Bemerkungen:

Diagnose: