

CMD – ANAMNESEBOGEN

Name/Geb.Datum/Adresse:

Überweisender Arzt: Datum:

Numerische Analogskala zur Bewertung der Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität:



0 = Keine 3 = wenig 5 = starke 7 = sehr starke 10 = unerträglich

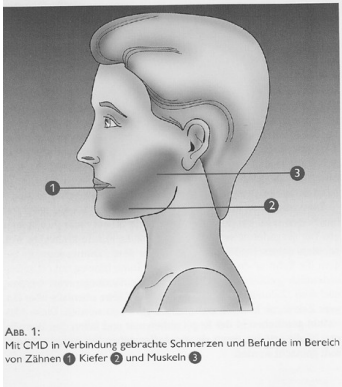


Abb. 1:
Mit CMD in Verbindung gebrachte Schmerzen und Befunde im Bereich von Zähnen 1 Kiefer 2 und Muskeln 3

A – Zahnbezogene Symptome				Bewertung Behandler ● ● ● ●			HS
	Re	Li	Bewertung Patient	1	5	10	NS
<input type="checkbox"/> 1. Pressen o.Knirschen d.Zähne				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 2. Zahnschmerzen, empf.Zahnhäule				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 3. Zahnlockerung				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 4. Die Zähne passen nicht richtig aufeinander				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			

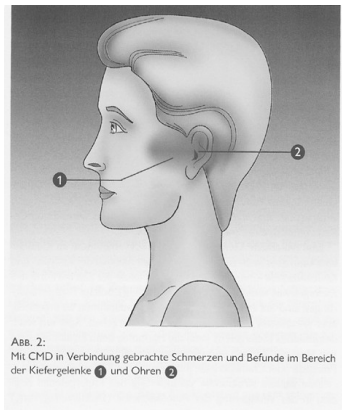


Abb. 2:
Mit CMD in Verbindung gebrachte Schmerzen und Befunde im Bereich der Kiefergelenke 1 und Ohren 2

B – Kiefergelenksymptome				Bewertung Behandler ● ● ● ●			HS
	Re	Li	Bewertung Patient	1	5	10	NS
<input type="checkbox"/> 1. Schmerzen i.d.Kiefergelenken				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 2. Knacken o. Reibegeräusche				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 3. Mund geht nicht richtig auf				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 4. Kieferschmerzen				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 5. Verspannung b. Aufwachen				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			

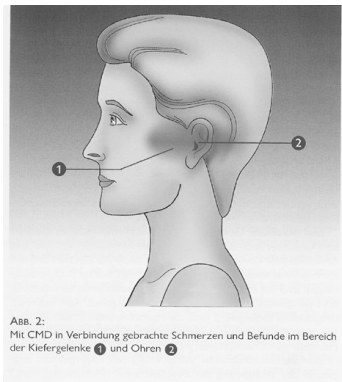


Abb. 2:
Mit CMD in Verbindung gebrachte Schmerzen und Befunde im Bereich der Kiefergelenke 1 und Ohren 2

C - Ohrsymptome – Costen-Syndrom				Bewertung Behandler ● ● ● ●			HS
	Re	Li	Bewertung Patient	1	5	10	NS
<input type="checkbox"/> 1. Ohrgeräusche (Tinnitus)				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 2. Hörminderung				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 3. Ohrenscherzen				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 4. Ohr zu oder juckend				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
<input type="checkbox"/> 5. Schwindel				● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			

