

Okklusalfund

Name	Vorname	Geburtsdatum	Kasse
------	---------	--------------	-------

	nein	ja	
1. Haben Sie irgendwelche Beschwerden beim Kauen, Mund öffnen, Sprechen, Schlucken?			
2. Ist irgendwann ein Zahn besonders empfindlich auf Druck oder Temperaturunterschied?			
3. Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?			
4. Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?			
5. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche (z.B. Knacken) auf welcher Seite?			
6. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?			
7. Leiden Sie an Kopfschmerzen und/oder Ohrgeräuschen?			morgens [] mittags [] abends []
8. Besteht manchmal Verspannung oder Schmerzhaftigkeit im Hals-, Nacken- oder Kopfbereich?			
9. Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Munde?			
10. Müssen Sie manchmal überlegen, um Ihre Zähne richtig aufeinander zu bringen?			
11. Knirschen oder Pressen Sie am Tage oder in der Nacht hörbar mit den Zähnen?			

12. Sind Sie, wegen angeführter Beschwerden, z.Z. bei anderen Ärzten in Behandlung / gewesen?	nein	ja	
13. Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände?	nein	ja	
14. Hatten Sie jemals einen Unfall oder Schlag im Kopf-, Nacken- oder Unterkiefer-Kinnbereich?	nein	ja	Roller [] Inlineskater [] Fahrrad [] Skateboard [] Motorrad [] Auto [] Kinnverletzung [] Reiten [] Sportunfall [] Tauchen [] Sonstiges _____
15. Hatten sie jemals eine Intubationsnarkose?	nein	ja	
16. Wurde Ihr Biss jemals geändert durch Kfo-Behandlung, Aufbisschiene(n), Einschleifen der Zähne?	nein	ja	
17. Hatten Sie, nach einer zahnärztlichen Behandlung, das Empfinden, Ihre Zähne paßten nicht mehr richtig aufeinander?	nein	ja	Ursache:
18. War jemals die Entfernung eines Zahnes im Unterkiefer sehr mühsam und schwierig?	nein	ja	
19. Welche ist Ihre bevorzugte Kauseite?			rechts [] links [] weiß nicht []
20. Im Beruf sind Sie vorwiegend			stehend [] sitzend [] sprechend []
21. Haben Sie Stress im			Beruf [] Privat []
22. Wie beurteilen sie ihre psychische Befindlichkeit?			eher fröhlich [] eher traurig [] eher gelassen [] eher erregt [] eher beherrscht [] eher unbeherrscht []
23. Beeinflussen die angeführten Beschwerden ihr Wohlbefinden, Ihre Schaffenskraft oder Ihren Schlaf?	nein	ja	
24. Haben Sie das Gefühl, dass eine Behandlung wegen der genannten Störungen notwendig ist?	nein	ja	

Datum _____ Unterschrift _____