

**Ganzheitlicher Anamnese- und Untersuchungsbogen
bei craniomandibulären Funktionsstörungen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen muss so umfangreich sein, da kein Krankheitsgeschehen losgelöst vom übrigen Körper betrachtet werden kann. Die ganzheitliche Betrachtungsweise dient der Erfassung sämtlicher Probleme und dem Aufdecken von Zusammenhängen.

Nur eine vollständige Diagnose erlaubt eine vollständige Therapie. Beantworten Sie bitte deshalb alle Fragen so gut und vollständig wie möglich. Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen, schreiben Sie bitte die ausführliche Antwort auf ein Blatt Papier unter Angabe der Fragennummer des Anamnesebogens.

Name, Vorname		Hauszahnarzt
Anschrift		Hausarzt
Geburtsdatum	Telefon	Überweisender Arzt

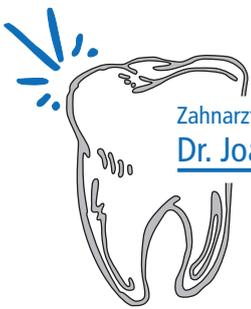
1) Derzeitige Beschwerden (seit wann und welcher Art):

2) Wo waren Sie wegen der unter 1) genannten Beschwerden bisher in Behandlung?

Hausarzt / Internist / Orthopäde / Chirurg / Augenarzt / HNO-Arzt / Hautarzt /
Nervenarzt / Urologe / Frauenarzt / Psycho-Somatische Behandlung / Homöopathische
Behandlung / Neuraltherapeut / Akupunktur-Behandlung / Arzt für Naturheilverfahren /
Heilpraktiker /

Arztwechsel: bis 1x 2-3x mehr als 3x Schienentherapie: ist war
Physiotherapie: ist war Medikamente: ist war
Halten Sie eine Behandlung für notwendig? ja nein

Sonstiges: _____



3) Operationen:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Stirnhöhle | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> Gallenblase | |

Sonstige Operationen: _____

Sonstige Narben: _____

Unfälle / Folgen: _____

4) Allergische Erkrankungen:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Magen-Darm |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Atemwege |

Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch: _____

Sonstige Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis): _____

5) Rheumatische Erkrankungen (bitte die dominierende Schmerzseite angeben)

Chronische Erkrankungen von Muskeln und/oder Gelenken:

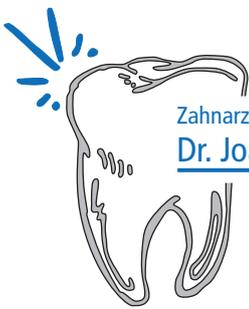
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkrheuma | <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> Schultergürtel |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen | <input type="checkbox"/> Handgelenk |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Fingergelenke |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenke | <input type="checkbox"/> Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenke | <input type="checkbox"/> Zehen |

Sonstiges: _____

6) Erkrankungen an Magen - Darm - Leber - Galle

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfindlicher Reizmagen | <input type="checkbox"/> Übersäuerung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Untersäuerung |
| <input type="checkbox"/> Nervöse Magenbeschwerden (schlägt Ihnen etwas auf den Magen?) | |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Zwölffingerdarmgeschwür |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankungen |

Sonstiges: _____



7) Neurologische Erkrankungen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln/Ameisenlaufen | <input type="checkbox"/> Lähmungen/Bewegungseinschränkungen |

8) Hals- und Kopferkrankungen:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Halsentzündungen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> Mandeloperation: | <input type="checkbox"/> Wann: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Kieferhöhlen: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Stirnhöhle: | | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Ohres: | Welcher Art: _____ | | |
-

9) Anamnese - Krankheiten:

Auffälligkeiten

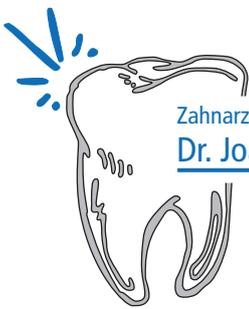
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Steifheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Einlagen in den Schuhen | <input type="checkbox"/> Knacken im Kiefergelenk |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten Mundöffnung | <input type="checkbox"/> Haltungsschäden |
| <input type="checkbox"/> Knirschen oder Pressen | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädische- Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Sportverletzungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zahnbehandlungen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Intubationsnarkose | <input type="checkbox"/> Unfall/Schleudertrauma |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | |

10) Gewohnheiten und Psyche:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Haltung | <input type="checkbox"/> Alkoholabusus |
| <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Rauchen |
| <input type="checkbox"/> Sportarten | |
| <input type="checkbox"/> Musikinstrumente | |
| <input type="checkbox"/> Gesang | |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen | |

11) Schlaflage

- Rücken Bauch links rechts



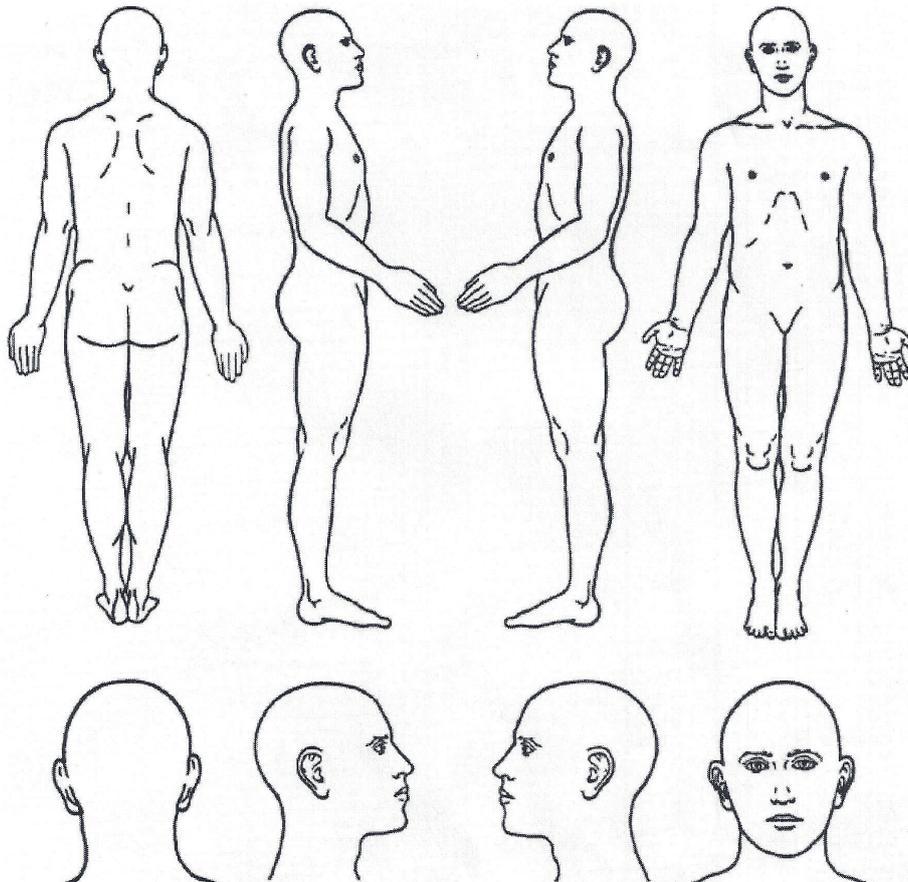
12) Psychische Faktoren

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wohlbefinden eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |

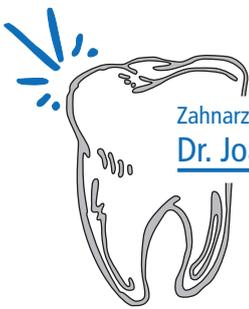
13) Regelmäßige Medikamenteneinnahme

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Hormone |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Schlafmittel |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, **wo Sie überall Schmerzen haben**. Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber; bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



Haben Sie auch wirklich alle Schmerzorte eingezeichnet!?



14) **Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf?** (Bitte nur eine Angabe machen)

- Wenige Male pro Jahr
- Wenige Male pro Monat
- Mehrmals pro Woche
- Einmal täglich
- Mehrmals täglich
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden

15) **Welche der Aussagen trifft auf Ihre Hauptschmerzen zu?** (Bitte nur eine Angabe machen)

- Meine Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden
- Meine Schmerzen sind andauernd vorhanden, aber zusätzlich treten Schmerzanfälle auf

16) Bitte geben Sie im Folgenden die **Beeinträchtigung durch bzw. die Stärke Ihrer Hauptschmerzen** an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie Sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane Schmerzstärke** (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stärkster Schmerz in den letzten 3 Monaten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Durchschnittlicher Schmerz der letzten 3 Monate:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Beeinträchtigung bei der alltäglichen Beschäftigung in den letzten 3 Monaten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Beeinträchtigung der Teilnahme bei Familien- oder Freizeitaktivitäten:

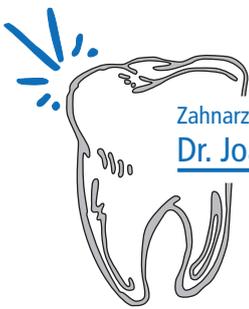
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Beeinträchtigung der Verrichtung von Arbeit/ Hausarbeit:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

An wie vielen Tagen konnte in den letzten 3 Monaten **nicht der normalen Beschäftigung** nachgegangen werden (0 - 90 Tage)?

Tage: _____



Tageszeit

- morgens mittags abends nachts

Lokalisation

- Hals- Wirbelsäule Brust-WS Lenden-WS
 vor dem Ohr hinter dem Ohr im Ohr

Verstärker

- | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Licht: | <input type="checkbox"/> mehr | <input type="checkbox"/> weniger |
| <input type="checkbox"/> Geräusche: | <input type="checkbox"/> mehr | <input type="checkbox"/> weniger |
| <input type="checkbox"/> Hitze/ Kälte: | <input type="checkbox"/> mehr | <input type="checkbox"/> weniger |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> mehr | <input type="checkbox"/> weniger |

Schmerzqualität

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> stromstoßartig | <input type="checkbox"/> krampfartig |
| <input type="checkbox"/> durchzuckend | <input type="checkbox"/> unbarmherzig | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> hämmernd |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> beklemmend | <input type="checkbox"/> schwer |
| <input type="checkbox"/> beunruhigend | <input type="checkbox"/> bedrohlich | <input type="checkbox"/> erschöpfend | <input type="checkbox"/> scheußlich |
| <input type="checkbox"/> zermürbend | <input type="checkbox"/> gefährlich | <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> zuckend |
| <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> bedrückend | <input type="checkbox"/> beängstigend | <input type="checkbox"/> bohrend |
| <input type="checkbox"/> anfallsartig | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> heiß |
| <input type="checkbox"/> durchdringend | <input type="checkbox"/> entmutigend | <input type="checkbox"/> lähmend | <input type="checkbox"/> unheilvoll |
| <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> quälend | <input type="checkbox"/> schrecklich | <input type="checkbox"/> unerträglich |
| <input type="checkbox"/> mörderisch | <input type="checkbox"/> pulsierend | | |