

Kurzfragebogen CMD

Name, Vorname :

Geb. Datum :

Datum :

Passen Ihre Zähne aufeinander? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden beim Kauen? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden bei der
Mundöffnung? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden an den
Kiefergelenken oder im Kiefer? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen an den Schläfen oder im Gesicht? Ja Nein

Sind Ihre Kaumuskeln verspannt? Ja Nein

Haben Sie muskuläre Verspannungen im Hals-, Nacken-
und Schulterbereich? Ja Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein