

Datum:
Name des Patienten:
Name des Therapeuten:



ZENTRUM FÜR
KIEFERGELENKSTHERAPIE

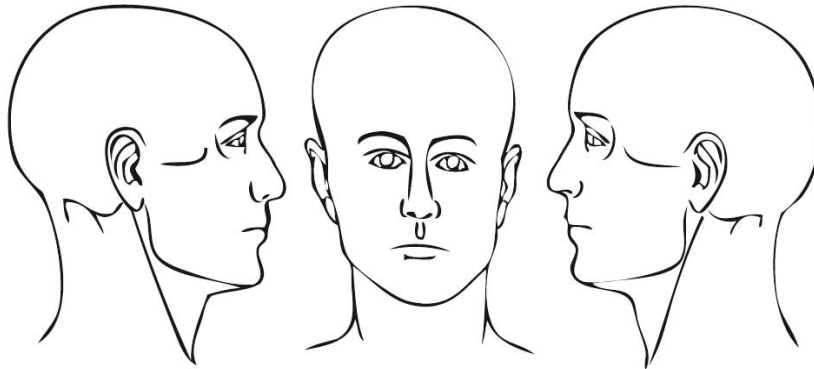
CMD - Anamnesebogen

Was ist der Grund für Ihren Besuch bzw. für die Zahnärztliche Verordnung?

.....
.....
.....

Haben Sie Schmerzen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?.....ja / nein

Wenn ja, wo genau? (bitte einzeichnen)



Leiden regelmäßig Sie unter? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kiefergelenksschmerzen / Schmerzen im Ohrbereich?
- Kieferknacken / Kieferblockaden?
- Schmerzen bei bestimmten Bewegungen des Kiefers (kauen, Mund öffnen, Mund schließen, Kiefer zur Seite nach links / rechts schieben,.....)?
- eingeschränkter Kieferbeweglichkeit?
- Kopfschmerzen?
- Gesichtsschmerzen?
- Tinnitus / Ohrgeräusche?
- Schwindel?
- ungeklärten Zahnschmerzen?

Pressen oder Knirschen Sie häufig mit den Zähnen?..... ja / nein / k.A.

Können Sie bei sich eine Kieferaktivität feststellen, die über das übliche Kauen hinausgeht?

(z.B. häufiges Kaugummikauen, an Stiften kauen, in die Lippe beißen) ja / nein / k.A.

Wenn ja, welche?.....

Wurden Sie vom Zahnarzt mit einer Schiene versorgt? ja / nein

Wenn ja, welche Schienenversorgung?

Haben Sie beim Kauen eine bevorzugte Seite? ja / nein / k.A.

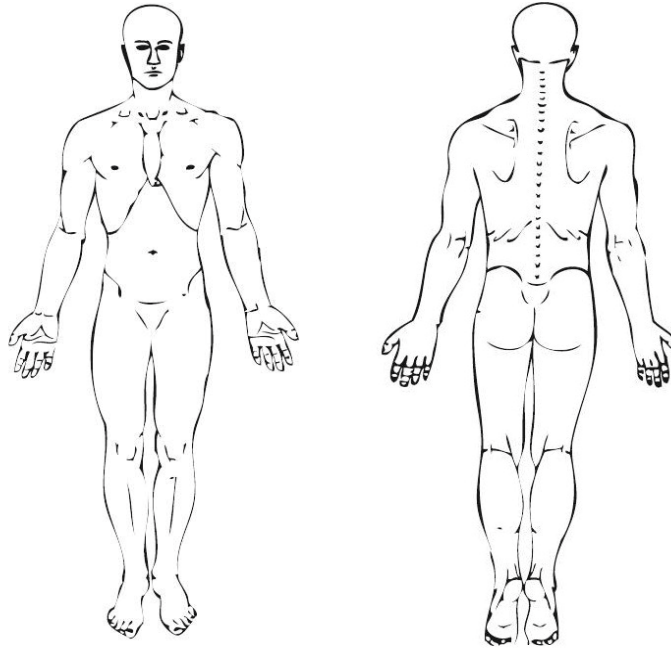
Gibt es eine traumatische Ursache für Ihr Kieferleiden (z.B. Schlag oder Sturz auf das Kinn, langwierige Zahnbehandlung etc.)? ja / nein / k.A.

Passen Ihre Zähne richtig aufeinander? ja / nein / k.A.

Sonstige aktuelle Beschwerden oder Schmerzen am Bewegungsapparat?

.....
.....
.....

Wenn ja, zeichnen Sie diese bitte in folgendes Schema:



Hatten Sie in letzter Zeit: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- eine neue Zahnfüllung
- eine langwierige Zahnbehandlung
- eine Backenzahnoperation
- einen Bandscheibenvorfall
- einen Auffahrunfall / ein Schleudertrauma

Geraten Sie in Ihrem Beruf häufig in Stresssituationen oder leiden Sie unter Nervosität oder starker innerer Unruhe?..... ja / nein / k.A.

Haben Sie Ihrer Meinung nach eine „ungesunde“ Haltung in der Arbeit bzw. bei bestimmten Tätigkeiten oder Hobbies? ja / nein / k.A.

Wenn ja, welche?.....

Wurde bei Ihnen eine Winkelfehlsichtigkeit der Augen diagnostiziert? ja / nein / k.A.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum:
Name des Patienten:
Name des Therapeuten:



CMD - Befundbogen

Anamnese: (siehe auch Anamnesebogen)

Bisheriger Verlauf der Erkrankung:

.....
.....

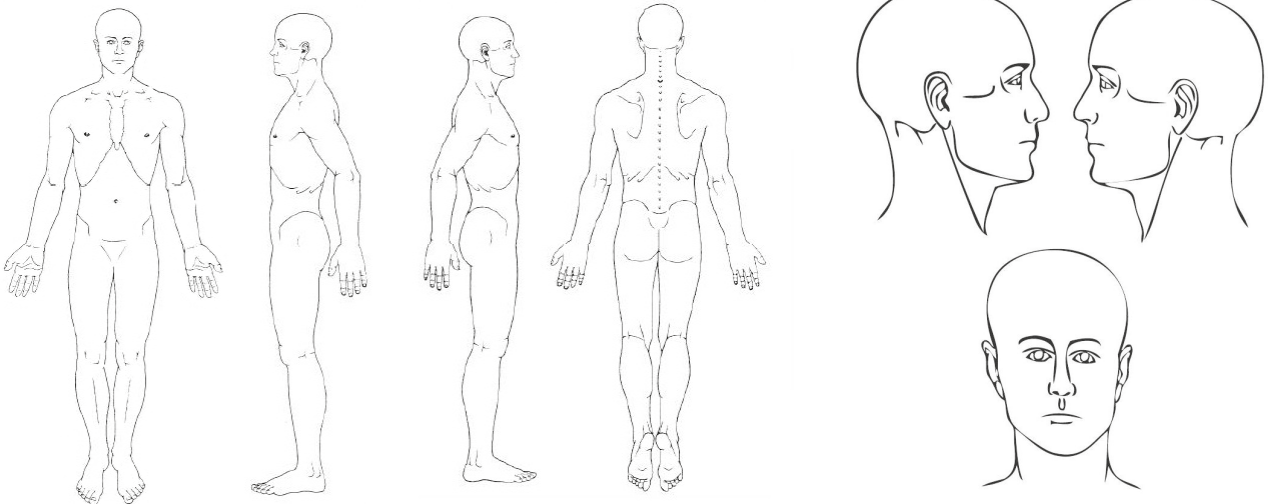
Nebendiagnosen:

.....

Medikamente:

.....

Inspektion / Statikbefund



Beurteilung / Bemerkung:

.....
.....

Safety-Tests HWS:

Lig. transversum / Lig. alare longus / brevis positiv / negativ

Kurztests HWS:

Ext. / Flex.:

Latflex. Rechts:

Links:

Rot. Rechts:

Links:

Protraktion:

Retraktion:

Position ATLAS (C1):

Position os ILIUM re – li:

Kiefergelenk

Aktive Tests:

- maximale Mundöffnung:
- wiederholte Mundöffnung: (Deviation, Deflexion?)
- Leichter Zahnkontakt: (Erstkontakt? Bisslage?)
- Protrusion: (Schmerz?)
- Retrusion: (Schmerz? evtl. passiv)
- Laterotrusion: (wo Schmerz?)

Isometrietests: (Kraft / Schmerzprovokation)

- Depression
- Elevation
- Laterotrusion
- Protrusion

Palpation: (Muskeltonus / Triggerpunkte)

- 1) extraoral
 - M. masseter rechts: links:
 - M. temporalis rechts: links:
 - M. pterygoideus med. rechts: links:
 - Kiefergelenk während öffnen/schließen rechts: links:
- 2) intraoral
 - M. masseter rechts: links:
 - M. pterygoideus med. rechts: links:
 - M. pterygoideus lat. rechts: links:
 - M. temporalis (Insertion) rechts: links:

Passive Tests / Gelenkspieltests:

- Ventral - caudale Translation:
 - Schmerz: rechts: links:
 - Joint Play: rechts: links:
- Dorsal-Craniale Verschiebung: Schmerz? rechts: links:
- Lateralgleiten:
 - Schmerz: rechts: links:
 - Joint Play: rechts: links:
- Medialgleiten:
 - Schmerz: rechts: links:
 - Joint Play: rechts: links:

Sonstige Zusatzbefunde:

.....

.....

.....