

## Kiefer Befund mga Physiotherapie & Osteopathie



Name:	
Geburtsdatum:	
Befunddatum:	
Beruf:	

### Anamnese

- Was ist der Grund ihres Besuches \_\_\_\_\_
- Waren sie in letzter Zeit bei: \_\_\_\_\_
- Zahnarzt ja nein
- Arzt ja nein
- Kieferorthopäden ja nein
- Haben sie eine Zahnsperre getragen? Dauer: \_\_\_\_\_ ja nein
- Tragen sie einen Retainer ja nein
- Erlitten sie einen Unfall/Schlag am Kopf/ Hals ja nein
- Knirschen/ Pressen sie ja nein
- Haben Sie eine Schiene ja nein
- Haben Sie Stress Privat Beruf nein
- Haben sie Ohrgeräusche li re nein
- Auf welcher Seite Kauen sie bevorzugt li re
- Haben sie Schmerzen oder Verspannungen im/am
- Kopf li re nein
- Schläfen li re nein
- Ohrbereich/ Kiefergelenk li re nein
- Nacken li re nein
- Schulter li re nein
- Andere z.B. WS, andere Gelenke nein
- Wo \_\_\_\_\_

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

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

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

Wie stark beeinflussen die Beschwerden ihr Wohlbefinden oder Leistungsfähigkeit

- Kiefergeräusche, seit \_\_\_\_\_ li re nein
- Passen die Zähne richtig aufeinander ja nein
- Haben sie Taubheit im Kopf/ Gesicht Zunge ja nein
- Schmerzt das Kauen Ja nein
- Kieferöffnen Ja nein
- Kieferschluss Ja nein
- Ort des Schmerzes \_\_\_\_\_
- Qualität des Schmerzes \_\_\_\_\_
- Häufigkeit des Schmerzes \_\_\_\_\_
- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

