



Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine bessere Beurteilung Ihrer Beschwerden und der Beurteilung des Behandlungsverlaufes wurde der nachfolgende Fragebogen entwickelt.

Vergeben Sie eine „Schulnote“ für Ihre Beschwerden und Einschränkungen. Wählen Sie zwischen den Noten „1“ und „10“. „1“ steht dabei für keinerlei Einschränkungen, „10“ steht für unerträgliche Beschwerden. Bitte helfen Sie uns und füllen diesen Fragebogen gewissenhaft aus.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Datum:

Patientendaten:

**Fragebogen
Craniomandibuläre Dysfunktion**

**Wegen meiner Beschwerden
habe ich Schwierigkeiten...**

... den Unterkiefer zu bewegen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... wie gewohnt zu sprechen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... beim Abbeißen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... mir über die Lippen zu lecken	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... feste Nahrung zu mir zu nehmen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... beim Kauen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... das Essen in gewohnt großen Bissen zu mir zu nehmen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... wenn ich den Mund weit öffnen will	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... beim Gähnen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... beim Lachen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... den Mund wie gewohnt richtig auszuspülen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
... beim Schlafen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10