**Symptomliste CMD**

**1. Messung _____ (höchster Wert)  2. Messung_____ (niedriger Wert (Verbesserung))**

**nur 1 Wert (keine Veränderung)**

**0=gar nicht / gar keine  10 = sehr/ unerträglich**

| **Zähne** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Knirschen oder Pressen der Zähne | | | | | | | | | | | |
| Empfindliche Zähne, „Zähne passen nicht“ | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss normal ist? | | | | | | | | | | | |
| **Kiefergelenke** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nehmen Sie Geräusche in Ihren Kiefergelenken war? | | | | | | | | | | | |
| Schmerzen in den Kiefergelenken | | | | | | | | | | | |
| **Kiefer und Mund** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Haben Sie Schwierigkeiten Ihren Mund zu öffnen | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Bewegen Ihres Kiefers | | | | | | | | | | | |
| Sind Ihre Kaumuskeln empfindlich oder haben Sie Muskelschmerzen während des Kauens? | | | | | | | | | | | |
| Gebrauchen Sie nur eine Seite Ihres Mundes während des Kauens? | | | | | | | | | | | |
| Verspannung / Schmerzen beim Aufwachen | | | | | | | | | | | |
| **Kopf und Gesicht** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Haben Sie Kopfschmerzen? | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie Gesichtsschmerzen am Morgen? | | | | | | | | | | | |
| **Ohren** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ohrgeräusche | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie Schmerzen in oder rund um die Ohren? | | | | | | | | | | | |
| Schwindel | | | | | | | | | | | |
| **Augen** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Schmerzen hinter den Augen | | | | | | | | | | | |
| Lichtempfindlichkeit/ Sehstörungen | | | | | | | | | | | |
| **Hals und Nacken** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Haben Sie Nacken oder Schulterschmerzen? | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie Schluckbeschwerden? | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie Halsschmerzen? | | | | | | | | | | | |
| Liegt bei Ihnen ein Unfall/ Schleudertrauma / Narkose | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Zahnbehandlung  zu Grunde? | | | | | | | | | | | |
| Wann war dies? | | | | | | | | | | | |
| **Körper** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Schulter-/Rücken-/ Gelenkschmerzen | | | | | | | | | | | |
| Taubes Gefühl / Kribbeln | | | | | | | | | | | |
| Tagesmüdigkeit / Erschöpfung | | | | | | | | | | | |