

# MYOARTHROPATHIEN – ANAMNESE

Wir danken Ihnen, dass Sie uns die Gesundheit Ihrer Zähne anvertrauen möchten. Damit wir Ihnen besser helfen können, bitten wir Sie, das unten stehende Formular sorgfältig auszufüllen. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. *VIELEN DANK!*

Intensives Knirschen führe zu einer Überbeanspruchung der Kaumuskeln und des Kiefergelenks, sodass irreparable Schäden am ganzen Kausystem auftreten könnten. Als Beispiele sind ein Abschleifen der Zähne bis zum (Dentin)Zahnbeinkörper, chronische Abnutzung des Kiefergelenkes und schmerzhafte Knoten in den Kaumuskeln zu nennen.

Leichte Formen des Zähneknirschens führen lediglich zu einer verstärkten Abnutzung der Eckzähne, stärkere Ausprägungen aber zu einer Abnutzung aller Frontzähne und im Laufe der Zeit auch der Backenzähne.

Erste Hinweise könnten chronische Zahnschmerzen oder lockere Zähne sein. Auch Verspannungen im Kopf-Halsbereich sowie Gesichts- und Kopfschmerzen seien möglich.

Datum .....

Name ..... Geschlecht  Weiblich  Männlich Alter ..... Jahre

		Ja	Nein
1.	<b>Beißen Sie tagsüber oft Ihre Zähne zusammen oder mahlen Sie mit den Zähnen ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> morgens		
2.	<b>Hat Sie schon einmal jemand im Schlaf mit den Zähnen knirschen gehört?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<b>Sind Sie schon einmal mit fest zusammengepressten Zähnen aufgewacht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<b>Sind die Schmerzen nach dem Aufwachen besonders schlimm?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<b>Haben Sie in der Vergangenheit schon mal eine Knirscherschiene getragen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<b>Fühlen sich Ihre Zähne, Ihr Zahnfleisch oder Ihre Muskeln wund an, wenn Sie am Morgen aufwachen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<b>Tut Ihr Kiefer weh, wenn Sie Kaugummi kauen oder große Mahlzeiten essen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<b>Kauen Sie auf den Lippen, der Zunge oder Wange?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<b>Kauen Sie im Regelfall nur auf einer Seite des Mundes ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<b>Beißen Sie die Zähne zusammen, wenn Sie sich ängstigen, gelangweilt oder enttäuscht sind ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<b>Haben sich vor kurzem Ihr Leben, Ihr Familienstand, Ihre Arbeitssituation oder andere wichtige Dinge geändert ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<b>Hat kürzlich ein Unfall, eine zahnmedizinische Maßnahme oder etwas anderes Ihren Mund in den Mittelpunkt Ihres Interesses gerückt ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<b>Nehmen Sie zur Zeit Beruhigungsmittel?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<b>Halten Sie die Schmerzen, die Sie zur Zeit haben, von irgendeiner Tätigkeit ab, bzw. hat das Problem Ihr Leben beeinflusst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vielen Dank für Ihre Angaben*