



CMD Selbsttest

(Kurzfragebogen zur Risikoerkennung)

	Ja	Nein
1. Meinen Sie, dass Ihr Biss nicht stimmt?	0	0
2. Ist die Beweglichkeit Ihres Unterkiefers eingeschränkt?	0	0
3. Fallen Ihnen beim Kauen und/oder Öffnen und Schließen Ihres Mundes Knack- und Reibegeräusche auf?	0	0
4. Pressen und/oder knirschen Sie mit den Zähnen, zum Beispiel nachts?	0	0
5. Reagieren Ihre Zähne auf Temperatur-und Druckunterschiede?	0	0
6. „Wandern“ Ihre Zähne?	0	0
7. Sind Ihre Zähne gelockert, leiden Sie an Zahnverlust/ Implantatverlust?	0	0
8. Leiden Sie unter Schmerzen in der Kiefer-/ Ohrregion?	0	0
9. Haben Sie Schmerzen in Ihrer Kaumuskulatur?	0	0
10. Ist Ihre Nacken-/ Schultermuskulatur häufig verspannt?	0	0
11. Leiden Sie unter Migräne/ regelmäßigen Kopfschmerzen?	0	0
12. Leiden Sie unter Gesichtsschmerz?		
13. Leiden Sie unter regelmäßigen Ohrgeräuschen, Tinnitus, häufigem Schwindelgefühl?	0	0
14. Haben Sie Probleme im Hals- und Lendenwirbelbereich?	0	0

Bei den o.g. Fragen handelt es sich um Hinweise aus der zahnärztlichen Praxis auf ein mögliches Vorhandensein einer Funktionsstörung in den Kiefergelenken, der Kaumuskulatur, des Zusammentreffens der Zähne und der Kopfgelenke (CMD).

Vor Versorgung mit Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen), vor kieferorthopädischen Behandlungen und vor einer Versorgung mit Implantaten ist eine funktionelle Voruntersuchung anzuraten, wenn eine oder mehrere der o.g. Fragen mit „Ja“ beantwortet werden. Die Frage, ob eine funktionelle Vorbehandlung empfehlenswert ist, kann in einer Voruntersuchung durch einen Spezialisten geprüft werden.