

<b>Selbsttest-Fragebogen CMD</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Fehlen Ihnen Zähne oder haben Sie eine Brücke?		
Haben Sie große und abgenutzte Füllungen im Seitenzahnbereich?		
Spiegelkontrolle: Öffnet sich der Mund gerade?		
Sind die rechte und die linke Wange unterschiedlich kräftig ausgebildet?		
Sind am Rande der Zunge die Zähne abgedrückt?		
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche im Kiefergelenk-Ohrbereich beim Öffnen oder Schließen des Mundes?		
Ist die Beweglichkeit Ihres Unterkiefers eingeschränkt (z.B. nur geringe Mundöffnung)?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zahnreihen nicht gut zueinander passen (stimmt Ihr Biss nicht)?		
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?		
Empfinden Sie Schmerzen in der Ohr- und Kiefergelenkregion?		
Leiden Sie unter Schmerzen beim Kauen und/oder Mundöffnen?		
Leiden Sie unter häufigen Kopfschmerzen oder Migräne?		
Hören Sie ungewöhnliche Ohrgeräusche oder leiden Sie unter Tinnitus?		
Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/oder Schultermuskulatur?		
Können Sie den Kopf schmerzfrei im Halbkreis drehen?		
Sind die Kopfmuskeln verspannt oder gar druckschmerzhaft?		
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?		
Leiden Sie unter Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer) mit Tagesmüdigkeit?		
Hatten Sie jemals einen Unfall mit Schädigungen im Hals-/Kopfbereich?		