CMD – Symptomliste – organisch

Name: **Datum:**

ich leide unter folgenden Beschwerden: (Stärke 0 – 10)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Pressen oder Knirschen der Zähne											
Zahnschmerzen oder empfindliche Zahnhälse											
Zahnfleisch geht zurück											
unklare Bisslage der Zähne											
Taubheitsgefühl im Mund (Zunge, Lippen, Zähne)											
Kauschwierigkeiten / einseitiges Kauen											
Zahnwanderungen											
Zahnlockerungen											
störende Zähne beim Schließen											
Schmerzen im Kiefergelenk											
Knacken oder Reibegeräusche der Kiefergelenke											
Mund geht nicht richtig auf											
Kieferschmerzen											
Verspannung morgens beim Aufwachen											
Brennen oder taubes Gefühl in der Zunge											
Kopfschmerzen											
Nackensteifigkeit											
Nackenschmerzen											
Gesichtsschmerzen / Muskelschmerzen											
Druck auf dem Kopf											
Berührungsempfindlichkeit von Haaren u. Kopfhaut											
Ohrgeräusche (Tinnitus)											
Hörminderung											
Ohrenschmerzen											
Ohr zu oder juckend											
Schwindel / Gleichgewichtsstörungen											
Augenflimmern											
Schmerzen hinter den Augen											
Doppelsehen											
Lichtempfindlichkeit											
Sehstörungen											
Schluckbeschwerden											
Heiserkeit											
Halsschmerzen											
häufiges Räuspern											
Stimmveränderung, Sprachstörung											
Kloß im Hals											
Schulterschmerzen											
Taubheitsgefühl in den Armen oder Fingern											
Rückenschmerzen											
Gelenkschmerzen / Gliederschmerzen											
Beeinträchtigung bei beruflichen Aufgaben in den letzten 6 Monaten											
Beeinträchtigung bei privaten Aktivitäten in den letzten 6 Monaten											
Aktuelle Schmerzstärke											
Stärkster Schmerz in den letzten 6 Monaten											
Durchschnittlicher Schmerz in den letzten 6 Monaten											
An **wie viel Tagen** in den letzten 6 Monaten waren Sie **beeinträchtigt (0–100)**											