

Frage	Antwortmöglichkeiten
1. Haben oder hatten Sie jemals Ermüdungserscheinungen oder Verspannungen der Muskulatur im Kiefer- oder Gesichtsbereich ?	ja oder nein
2. Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen im Kiefergelenk ?	ja oder nein
3. Haben oder hatten Sie jemals Knack- oder Reibegeräusche im Kiefergelenk ?	ja oder nein
4. Haben oder hatten Sie jemals Probleme Ihren Mund zu öffnen oder zu schließen ?	ja oder nein
5. Wie oft haben Sie Kopfschmerzen ?	nie einmal pro Jahr einmal im halben Jahr alle 3-4 Monate jeden Monat jede Woche mehrfach wöchentlich
6. Haben Sie bei sich selbst oder haben andere bei Ihnen beobachtet, dass Sie mit den Zähnen knirschen oder pressen ?	ja oder nein
7. Haben Sie eine der folgenden Angewohnheiten (mehrere Antworten möglich) ?	tägliches, exzessives Kaugummikauen Bleistiftkauen Nägelkauen auf den Unterkiefer aufstützen auf die Hand aufgestützt schlafen Lippen-, Wangen- oder Zungenbeißen Pfeife rauchen