

Gesundheitsfragebogen Erwachsene

ZÄ Carola Engelberts 2025



Stand: Juli 2025

Name und Vorname:

Alter:

Geschlecht:

- Atmen Sie durch den Mund? JA NEIN
- Spielen sie ein **Blasinstrument**? JA NEIN
- Haben Sie **Nackenschmerzen**? JA NEIN
- Leiden Sie an **Spannungskopfschmerzen**? JA NEIN
- Bei **Migräne**: Beginnt diese vom Nacken aus? JA NEIN
- Beginnt die Migräne von der Stirn aus? JA NEIN
- Seit welchem Alter haben Sie Migräne?
- Wie oft haben Sie Migräne?
- Wachen Sie **nachts** regelmäßig auf? JA NEIN
- Wenn JA wie oft?
- **Knirschen** Sie? JA NEIN
- Tragen Sie eine Knirscherschiene? JA NEIN
- **Schnarchen** Sie? JA NEIN
- Leiden Sie an **Apnoen**? JA NEIN
- Fühlen Sie sich morgens oft **unerholt** - trotz ausreichender Schlafdauer? JA NEIN
- Haben Sie **Sprachprobleme**? JA NEIN
- Haben Sie nach Tagen an denen Sie viel sprechen das Gefühl einen „Kloß im Hals“ zu haben? JA NEIN
- Haben Sie oder hatte jemand in Ihrer Familie ein verkürztes Zungenband (z.B. bei Babys: Stillprobleme)? JA NEIN
- Leiden Sie an Schmerzen im **Kiefergelenk**? JA NEIN
- **Leiden Sie an Würgereiz**? JA NEIN
- **Verschlucken Sie sich oft**? JA NEIN
- **Räuspern Sie sich oft**? JA NEIN
- Leiden Sie an **Tinnitus**? JA NEIN
- Konnten Sie als Baby gestillt werden? JA NEIN

Gibt es sonst noch Dinge, die wir wissen sollten?

Vielen Dank!