

MBB
(Münsteraner Beschwerdebogen)
nach Dr. A.Wolowsky, Münster

Name, Vorname: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Sie finden auf dieser Seite eine Liste von Beschwerden, die im Kiefer-Gesichtsbereich auftreten können. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie **heute leiden** und kreuzen Sie diese in der entsprechenden Spalte an. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „Nicht“-Spalte.
Ich fühle mich durch folgende Beschwerden im Kiefer-Gesichtsbereich belästigt:

	Nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark
Zahnschmerzen (Bitte entsprechende Schmerzqualität(en) unterstreichen: ziehend, pulsierend, dumpf, ausstrahlend, streng auf einen Bereich begrenzt, dauernd, mit Unterbrechungen)	0	1	2	3	4
Schmerzen im Kiefer-Gesichtsbereich: (Bitte entsprechende(n) Bereich(e) unterstreichen: Kiefergelenke, Stirn, Schläfen, Wangen, Unterkiefer, Hals, Nacken)	0	1	2	3	4
Knirschen mit den Zähnen	0	1	2	3	4
Schwierigkeiten beim Zubeißen	0	1	2	3	4
Mundschleimhautbrennen	0	1	2	3	4
Geschmacksbelästigungen bzw. -störungen	0	1	2	3	4
Pelziges Gefühl auf Zunge, Gaumen oder Wangenschleimhaut	0	1	2	3	4
Elektrisierendes Gefühl im Mund	0	1	2	3	4
Verstärkter Speichelfluss	0	1	2	3	4
Würgereiz	0	1	2	3	4

MBB - Teil 2
nach Dr. A.Wolowsky, Münster

Sind Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden eher körperlich oder eher seelisch oder auch körperlich und seelisch bedingt?

Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer eigenen Meinung nach zutrifft?

	Nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark
körperlich	0	1	2	3	4
seelisch	0	1	2	3	4

Falls Ihre Beschwerden in der Liste auf Seite 1 nicht vorkommen, bitte wir Sie, diese nachfolgend zu notieren:

1. _____	0	1	2	3	4
2. _____	0	1	2	3	4
3. _____	0	1	2	3	4
4. _____	0	1	2	3	4

Datum:

Unterschrift: