

Paziente _____

Data _____ Età _____

Motivo della Visita

- Vertigini
- Senso di instabilità (facendo le scale, girando la testa...)
- Acufeni (rumori, fischi o ronzii nelle orecchie)
- Ipoacusia o senso di ovattamento dell'orecchio
- Problemi di tonsille o adenoidi
- Lombalgia
- Altro (specificare) _____
- Apertura Bocca mm _____
- Deviazione in Apertura DX SX
- Dolore ATM _____
- Click _____

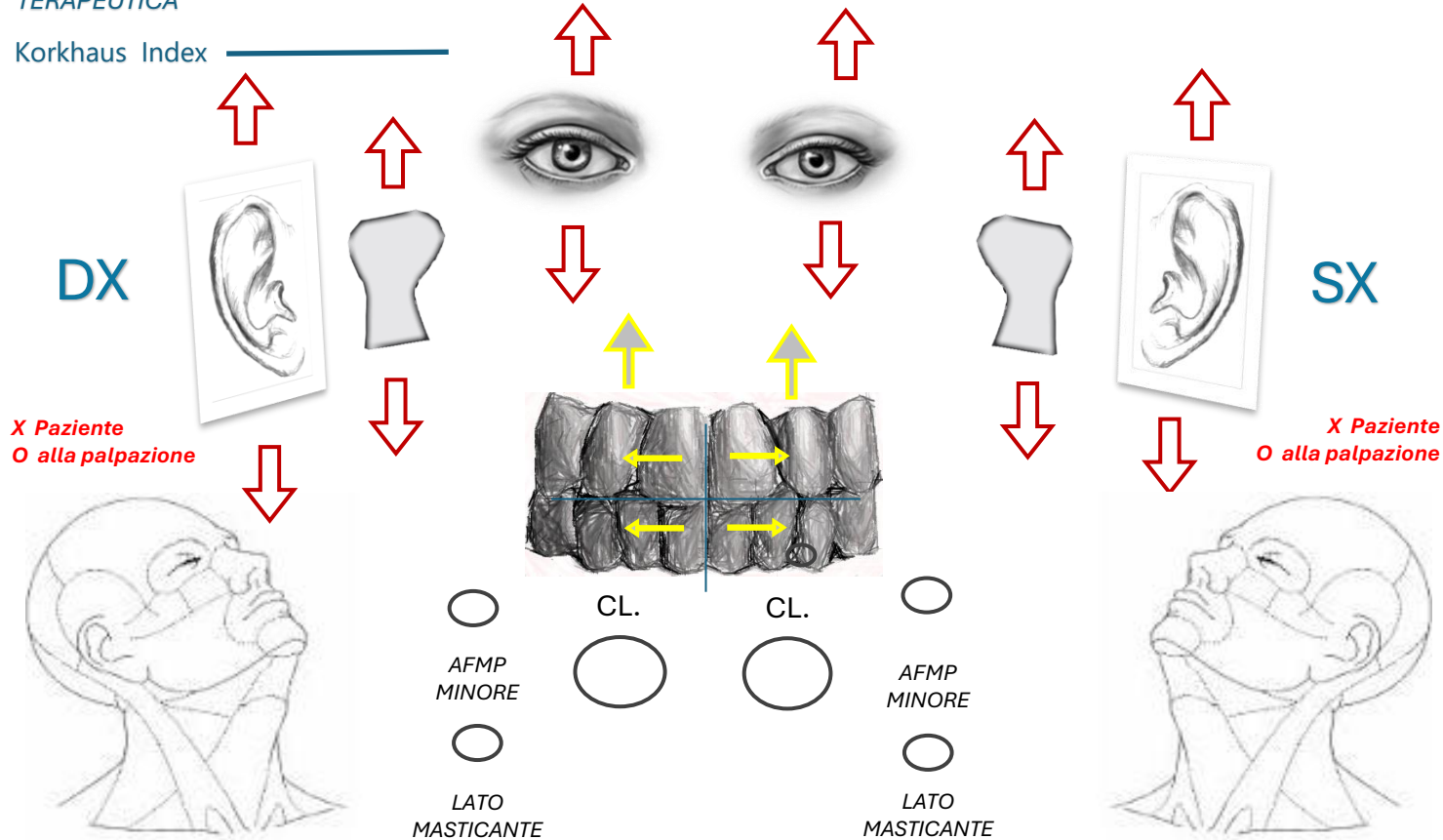
Test muscolare Cigolo-Scapolare	Normale	Asimmetrico	Altro
Basale			
Stimolo Occlusione			
Stimolo Morso di costruzione			
Stimolo Podalico			
Riflesso Arcaico	Frenulo	Diaframma	Cognitivo-Comportamentale
Cicatrici			Direzione _____

RIALZI _____
 OCCLUSALI _____
 ELASTOMERO _____
 ESPANSIONE _____
 TERAPEUTICA _____
 Korkhaus Index _____

TORSIONE

SIDE BENDING ROTATION

SCHEMA DELLO SVILUPPO OCCIPITO-SFENOIDALE



Note Cliniche