

Hauptbeschwerden

Seite 2

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte versuchen Sie, Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Schmerzen zu beschreiben.
(z. B.: „Ziehender Schmerz, aus dem rechten Kiefergelenk ausstrahlend Richtung rechte Schläfe;
Schmerz verstärkt sich bei Bewegungen des Unterkiefers.“)

Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an ähnlichen Schmerzen?

nein ja

Wenn ja, an welchen?

Haben Sie Unfälle mit Beteiligung des Kiefer-Gesichtsbereichs gehabt?

nein ja

Wenn ja, welcher Art?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

(Bitte benutzen Sie für eventuelle weitere Ausführungen ein zusätzliches Blatt.)

Welche Erwartungen verbinden Sie mit Ihrem Besuch?

Schmerzlokalisierung

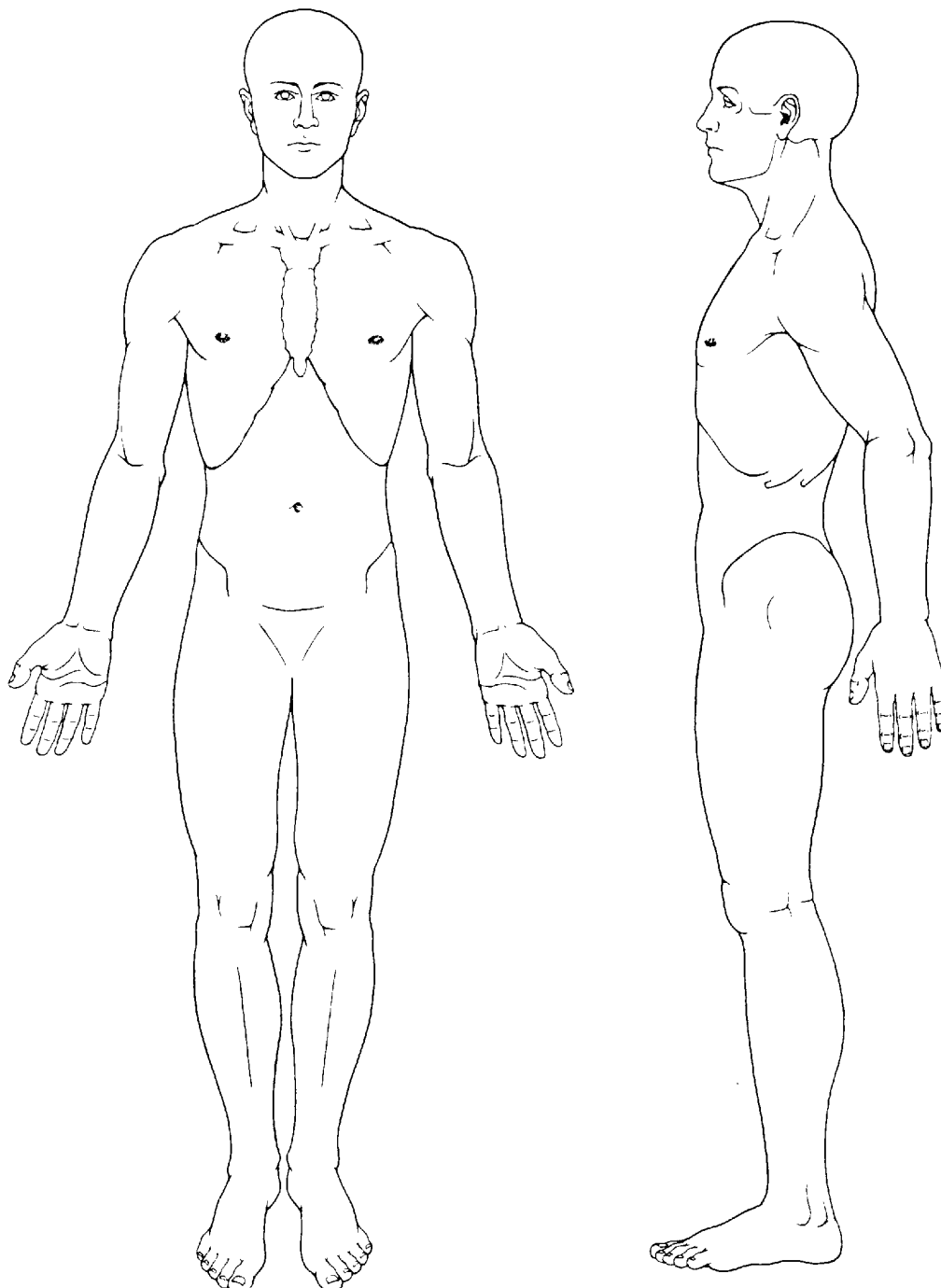
Bevor wir auf Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Beschwerden zu sprechen kommen, möchten wir Sie bitten, in den nachfolgenden Ganzkörperschemata einzumalen, wo überall im Körper Sie Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo überall Sie Schmerzen haben.

rechts

links

links

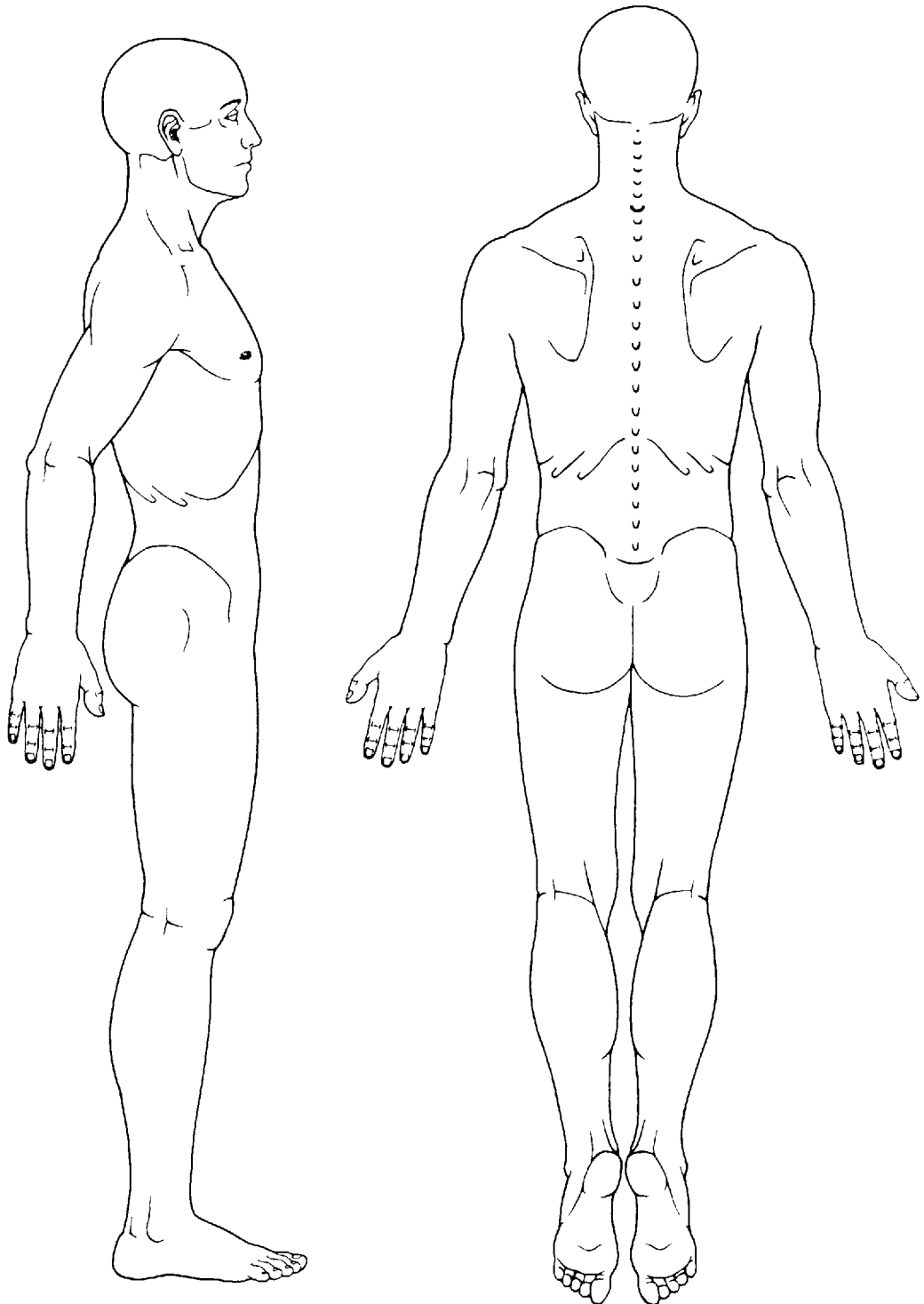


HABEN SIE AUCH WIRKLICH ALLE SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

rechts

links

rechts



HABEN SIE AUCH WIRKLICH ALLE SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

Schmerzlokalisierung

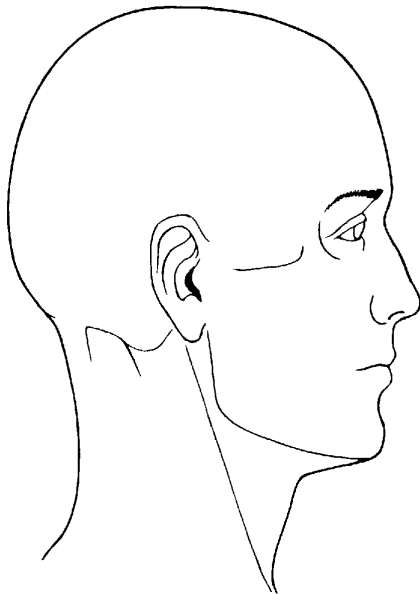
Bitte geben Sie anhand der folgenden Liste an, wo überall Sie Schmerzen haben. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzgebiete an. Für beidseitige Schmerzen markieren Sie bitte links und rechts.

	links		rechts		Mitte
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schläfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kiefergelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oberkiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaumuskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhöhle/Zähne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken/Hinterkopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schultergelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oberarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ellenbogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hand/Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
obere Rückenhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb vorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb seitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch seitlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
untere Rückenhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Steißbein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oberschenkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Knie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterschenkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fuß/Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Becken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afterbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
gesamter Körper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

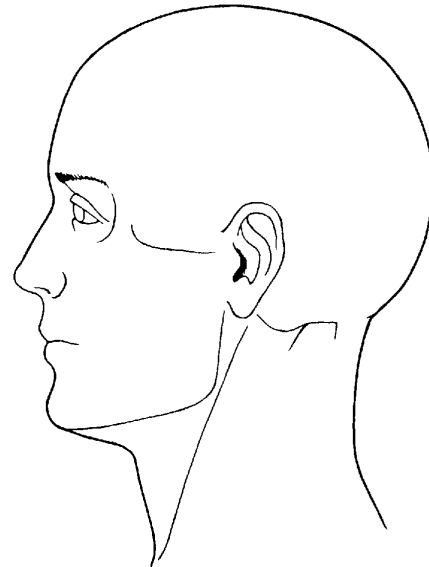
Schmerzlokalisierung

Seite 6

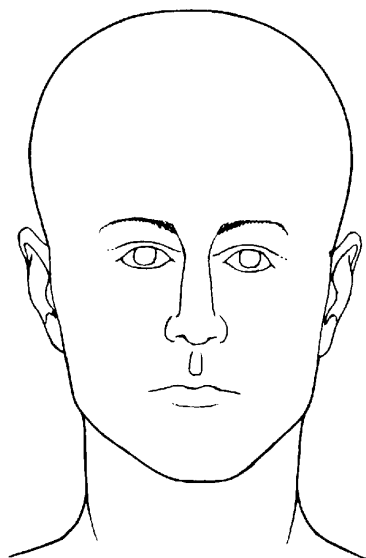
Malen Sie nun bitte in den nachfolgenden Gesichtsschemata ein, wo in der Kopf-Gesichts-Hals-Region Sie überall Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo überall Sie Schmerzen haben.



rechts



links



Wo fühlen Sie Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

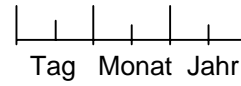
- in der Tiefe
- oberflächlich (in der Haut oder Schleimhaut)

Wechselt Ihr Gesichtsschmerz oft die Seite?

- nein
- ja

Schmerzbeginn **Seite 7**

Seit wann bestehen Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen?



Begannen die Schmerzen plötzlich (akut) oder allmählich (schleichend)?

- plötzlich/akut
- allmählich/schleichend

Was ist Ihrer Ansicht nach der wahrscheinliche Auslöser, oder was sind die möglichen Begleitumstände für die Auslösung der Schmerzen?

Hat sich die Qualität der Beschwerden im Laufe der Zeit seit ihrem erstmaligen Auftreten geändert?

- nein
- ja

Falls ja, beschreiben Sie bitte die eingetretenen Veränderungen!

Wie häufig treten Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen auf? (Bitte nur eine Antwort geben)

- wenige Male pro Jahr
- wenige Male pro Monat
- mehrmals pro Woche
- einmal täglich
- mehrmals täglich
- meine Schmerzen sind dauernd vorhanden

Welche der Aussagen trifft auf Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen zu? (Bitte nur eine Antwort geben)

- Meine Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei.
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden.
- Meine Schmerzen sind andauernd vorhanden, und zusätzlich treten Schmerzanfälle auf.

Falls Sie einzelne Schmerzanfälle haben, geben Sie bitte an, wie lange üblicherweise ein Anfall dauert. (Bitte nur eine Angabe machen)

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- Tage
- länger als 1 Woche

Falls einzelne Schmerzanfälle auftreten, geben Sie bitte an, wie lange üblicherweise die schmerzfreie Periode dauert.

- bis zu 1 Monat
- mehr als 1 Monat

Sind die Schmerzen tageszeitlichen oder jahreszeitlichen Schwankungen unterworfen?
Wenn ja, wie machen sich diese Schwankungen bemerkbar?

Schmerzqualität

Die weiter unten gemachten Aussagen dienen der näheren Beschreibung der Qualität der von Ihnen empfundenen Schmerzen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt und wie stark die vorgegebenen Beschreibungen Ihren Schmerzen entsprechen. Beziehen Sie sich bei der Beurteilung bitte auf die typischen Schmerzen in der letzten Zeit, d. h. in den letzten 3 Monaten.

Sie haben bei jeder Aussage vier Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu

3 = trifft weitgehend zu

2 = trifft wenig zu

1 = trifft nicht zu

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
Ich empfinde meine Schmerzen als ...				
quälend	4	3	2	1
grausam	4	3	2	1
erschöpfend	4	3	2	1
heftig	4	3	2	1
mörderisch	4	3	2	1
elend	4	3	2	1
schauderhaft	4	3	2	1
scheußlich	4	3	2	1
schwer	4	3	2	1
entnervend	4	3	2	1
marternd	4	3	2	1
furchtbar	4	3	2	1
unerträglich	4	3	2	1
lähmend	4	3	2	1
schneidend	4	3	2	1
klopfend	4	3	2	1
brennend	4	3	2	1
reißend	4	3	2	1
pochend	4	3	2	1
glühend	4	3	2	1
stechend	4	3	2	1
hämmernd	4	3	2	1
heiß	4	3	2	1
durchstoßend	4	3	2	1
dumpf	4	3	2	1
drückend	4	3	2	1
ziehend	4	3	2	1
pulsierend	4	3	2	1
bohrend	4	3	2	1
scharf	4	3	2	1
einschießend	4	3	2	1
ausstrahlend	4	3	2	1
krampfartig	4	3	2	1

In den folgenden Fragen geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen im Kiefer-Gesichtsbereich. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass Sie unter Schmerzen leiden, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

a. Geben Sie zunächst ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer
Schmerz

b. Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer
Schmerz

c. Geben Sie jetzt bitte Ihre geringste Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer
Schmerz

d. Geben Sie jetzt bitte Ihre derzeitige Schmerzstärke (d. h. jetzt, in diesem Augenblick) an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer
Schmerz

e. Geben Sie jetzt bitte an, welche Schmerzstärke für Sie nach erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer
Schmerz

Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändert.
(nur eine Angabe machen)

- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt häufig (z. B. mehrmals täglich).
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt gelegentlich (z. B. wenige Male pro Woche).
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt niemals.

Wann ist der Schmerz besonders stark ausgeprägt?

- morgens
- mittags
- abends
- im Laufe des Tages zunehmend
- nachts

Welche Faktoren lösen Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen aus?

Welche Faktoren verstärken/verschlimmern Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen?

Welche Faktoren lindern Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen?

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluss	verstärkend
Körperliche Belastungen (z. B. Treppen gehen; Lasten heben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportliche Aktivität (z. B. Laufen, Radfahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Belastung (z. B. Stress, Ärger, Aufregung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einseitige Körperhaltung (z. B. längeres Sitzen oder Stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich ausruhen, entspannen, Kiefer ruhig halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen.

- Stimmt nicht
 Stimmt

Bitte kreuzen Sie an, welche Begleiterscheinungen zusammen mit Ihren Kiefer-Gesichtsschmerzen auftreten. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	immer	häufig	gelegentlich	nie
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen (z. B. Augenflimmern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellungen und/oder Rötungen im Schmerzgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige _____

Sonstige _____

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen im Kiefer-Gesichtsbereich Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

_____ Tage

In den folgenden Fragen geht es um die Beeinträchtigung von Aktivitäten durch Ihre Schmerzen im Kiefer-Gesichtsbereich. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

a. Inwieweit haben in den letzten 6 Monaten Ihre Gesichtsschmerzen Sie bei Ihrer Ausübung alltäglicher Aktivitäten beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung tun ich war außerstande, irgendetwas zu tun

b. Inwieweit haben in den letzten 6 Monaten Ihre Gesichtsschmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien- oder Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung tun ich war außerstande, irgendetwas zu tun

c. Und inwieweit haben in den letzten 6 Monaten Ihre Gesichtsschmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung tun ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Bisherige Behandlungen

Welche Ärzte, Zahnärzte und andere Therapeuten haben Sie wegen Ihrer Kiefer-Gesichtsschmerzen bislang aufgesucht? Bitte geben Sie alle Behandler und die Art der jeweils erfolgten Behandlung an.

Name des (Zahn-)Arztes/Therapeuten	Fachrichtung	Zeitpunkt der Behandlung	Art der Behandlung	Was war das Ergebnis der Behandlung?

(Benutzen Sie für eventuelle weitere Ausführungen bitte ein zusätzliches Blatt.)

Wie oft wurden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Kiefer-Gesichtsschmerzen Behandlungen (z. B. Schienenbehandlung, Einschleiftherapie, Krankengymnastik/Physiotherapie etc.) durchgeführt?

Ca. _____ Behandlungstermine

Bitte geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben. Bitte geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig (z. B. 3 x 1 Tbl.) oder „nach Bedarf“ einnehmen.

Ich habe in den letzten 6 Monaten keine Medikamente eingenommen.

Medikament	Art (Tabletten, Tropfen, Zäpfchen)	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Amitriptylin Paracetamol	Tabletten Tabletten	50 mg x 1 pro Tag nach Bedarf	seit August 2002 September - November 2002

(Benutzen Sie für eventuelle weitere Ausführungen bitte ein zusätzliches Blatt.)

Haben Sie gegen Ihre Schmerzen früher andere Medikamente eingenommen?

nein ja

Wenn ja, an welche Medikamente können Sie sich erinnern?

Bisherige Behandlungen

Seite 14

Wurden Sie wegen Ihrer Kiefer-Gesichtsschmerzen schon einmal operiert (einschließlich Zahnextraktionen, die mit dem Ziel der Linderung Ihrer Kiefer-Gesichtsschmerzen erfolgt sind)?

nein ja

Art der Operation	Datum	Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten):
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Tag Monat Jahr

Wenn mehr als drei Schmerzoperationen: _____ mal operiert

Falls Sie zuvor bereits wegen Ihrer Kiefer-Gesichtsschmerzen behandelt wurden:

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der bislang erfolgten Behandlung für Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren bisherigen Behandlern?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

Glauben Sie, dass Ihre Beschwerden durch etwas anderes verursacht werden, als Ihnen Ihre Ärzte gesagt haben?

- nein
- ja

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Beschwerden?
