

<u>Name:</u>	<u>geb:</u>	<u>Datum:</u>
1. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen?		sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>
Welche Erkrankungen haben Sie?.....		
2. Wie würden Sie Ihre Mundgesundheit einschätzen?		sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie Schmerzen im Gesicht (Kiefer, Schläfen, Ohrbereich) im <u>vergangenen Monat</u> ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (weiter mit Frage 13)
4. Wann traten diese Schmerzen zum ersten Mal auf?		vor Jahren / Monaten
5. Wie häufig traten diese Schmerzen auf?		andauernd <input type="checkbox"/> wiederkehrend <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/>
6. Falls Sie zur Zeit Gesichtsschmerzen haben , wie würden Sie diese Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10 einschätzen?		
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkster vorstellbarer Schmerz		
7. Wie Intensiv war Ihr stärkster Schmerz in den letzten 6 Monaten auf einer Skala von 0 bis 10?		
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkster vorstellbarer Schmerz		
8. Wie Intensiv war der durchschnittliche Schmerz in den letzten 6 Monaten auf einer Skala von 0 bis 10, gemeint sind Schmerzen, die Sie gewöhnlich, d.h. oft empfunden haben?		
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkster vorstellbarer Schmerz		
9. Wie viele Tage sind Sie im letzten halben Jahr durch Ihren Gesichtsschmerz von der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (wie z.B. Arbeit, Schule, Haushalt) abgehalten worden ?		
..... Tage		
10. Wie stark hat Ihr Gesichtsschmerz Sie in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten in den letzten 6 Monaten auf einer Skala von 0 bis 10 beeinflusst?		
Keine Beeinflussung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Keine Ausübung möglich		
11. Wie stark haben sich Ihr Familienleben, Ihre sozialen Kontakte zu anderen Menschen und Ihre Fähigkeit, sich zu erholen durch Ihren Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten verändert (Skala von 0 bis 10)?		
Keine Veränderung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Veränderung		
12. Wie stark hat Ihr Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit zu arbeiten verändert (einschließlich Schule und Hausarbeit)?		
Keine Veränderung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extreme Veränderung		
13.a. War Ihr Unterkiefer jemals blockiert oder hatten Sie Schwierigkeiten, den Mund vollständig zu öffnen ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (weiter mit Frage 14)
13.b. Wenn ja, war die Öffnungseinschränkung so stark, daß Ihre Fähigkeit zu essen beeinflusst wurde?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.a. Knackt es in Ihrem Kiefergelenk , z.B. wenn Sie den Mund öffnen oder schließen, oder beim Kauen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.b. Nehmen Sie in Ihrem Kiefergelenk ein reibendes Geräusch wahr, wenn Sie den Mund öffnen oder schließen, oder wenn Sie kauen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.c. Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen im Schlaf ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.d. Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen am Tage ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.e. Haben Sie ein Gefühl der Müdigkeit im Kieferbereich , bzw. ein Gefühl der Steifheit beim Bewegen des Kiefers oder beim morgendlichen Erwachen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.f. Haben Sie Ohrgeräusche oder Ohrenklingen ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
14.g. Fühlt sich der Zusammenbiß Ihrer Zähne ungewöhnlich oder unbequem an?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
15.a. Haben Sie rheumatoide Arthritis , Lupus oder eine andere systemische Gelenkerkrankung ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
15.b. Hat jemand in Ihrer Familie eine dieser Erkrankungen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
15.c. Hatten oder haben Sie geschwollenen oder schmerzhaften Gelenke (außer Kiefergelenk)?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
15.d. Wenn ja, hatten Sie diese Schmerzen länger als ein Jahr?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
16.a. Hatten Sie in der letzten Zeit einen Unfall , bzw. erlitten Sie einen Schlag oder Stoß im Bereich des Kiefers oder des Gesichtes?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (weiter mit Frage 17)
16.b. Wenn ja, hatten Sie Ihre Kieferschmerzen vor dem Unfall?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
17. Hatten Sie während der letzten 6 Monate Probleme mit Kopfschmerzen oder Migräne ?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
18. Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?		
Ja <input type="checkbox"/> Festsitzende Apparatur <input type="checkbox"/> Herausnehmbare Apparatur <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

<p>19. Haben Sie die Angewohnheit auf der Zunge, der Lippe, der Wange, Fingern oder Gegenständen (Bleistifte, Kugelschreiber usw.) zu beißen oder Kaugummi zu kauen?</p> <p style="text-align: center;">Nein <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Lippe <input type="checkbox"/> Wange <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Gegenstände <input type="checkbox"/> Kaugummi <input type="checkbox"/></p>
<p>20. Welche der folgenden Aktivitäten wurden durch Ihr Problem mit dem Kiefergelenk bzw. der Kaumuskulatur eingeschränkt, oder sogar verhindert? (auch Mehrfachnennungen möglich)</p> <p>Kauen <input type="checkbox"/> Trinken <input type="checkbox"/> Allg. Körperbewegungen <input type="checkbox"/> Essen von harten Speisen <input type="checkbox"/> Essen von weichen Speisen <input type="checkbox"/> Lächeln / Lachen <input type="checkbox"/></p> <p>Sexuelle Aktivität <input type="checkbox"/> Reinigung von Zähne / Gesicht <input type="checkbox"/> Gähnen <input type="checkbox"/> Schlucken <input type="checkbox"/> Sprechen <input type="checkbox"/> Normaler Gesichtsausdruck <input type="checkbox"/></p> <p>Keine Einschränkung <input type="checkbox"/></p>
<p>21. Persönliche Daten</p> <p>Alter:..... Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/></p> <p>Höchster Bildungsabschluß: Kein Abschluß <input type="checkbox"/> 6. Klasse <input type="checkbox"/> 8. Klasse <input type="checkbox"/> 10. Klasse <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachschule <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/></p> <p>Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit:</p> <p>Bisher ausgeübte Tätigkeit mit der höchsten Qualifikation:</p>

Physiotherapie Eduard Fritz

Uhlandstraße 24
71522 Backnang

Tel. 07191 / 34 10 275
Fax 07191 / 34 10 277

info@fritz-physiotherapie.de