

## FRAGEBOGEN

Datum .....

für Diagnose und Therapie akuter oder chronischer Schmerzen speziell im Mund-, Kiefer-, Gesicht-, Kopf-, Hals- und Nackenbereich als auch den gesamten Körper betreffend.

### **Patient**

Familienname(n): ..... Vorname: ..... Titel: .....

Straße: ..... PLZ-Ort: ..... Tel. priv. ....

Tel. Mobil ..... E-Mail: ..... @ .....

Geb. Datum: .....  verheiratet  ledig  Geburten  Kinder

Daten nur für Statistik

empfohlen: .....  überwiesen: .....

Hausarzt: .....  Facharzt: .....  Therapeut: .....

PLZ-Ort: ..... PLZ-Ort: ..... PLZ-Ort: .....

Straße: ..... Straße: ..... Straße: .....

**BESCHWERDEN:** (nach Wichtigkeit geordnet)

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

**seit wann bestehen die Beschwerden:**

.....

**was glauben Sie sind die Ursachen Ihrer Beschwerden:**

.....  
.....

**bisherige Untersuchungen bzw. Behandlungen:**

*Hausarzt:* .....

*Facharzt:* .....

HNO .....

Neurologie .....

Schmerzambulanz .....

Orthopädie .....

Röntgen .....

CT Computertomographie .....  MR Magnetresonanz .....

*Anderer* .....

Physiotherapie: .....

Osteopathie .....

Sonstiges .....

**welche Aspekte belasten Sie am meisten:**

.....  
.....  
.....

**die Beschwerden traten auf während / oder nach einer(m)**

Schicksalschlag .....

Bewegung wie z. B.  gähnen .....  kauen .....

Zahnbehandlung  Extraktion  Bisskorrektur.....  Zahnfüllung

Kronen  Brücken.....  Prothese .....

Regulierung

Verletzung  Kopf .....  Kiefer .....

Nacken .....  Rücken .....

kein erkennbarer Anlaß  ja .....  nein

etwas anderem .....  
.....

## SCHMERZEN:

Schmerzen im Kiefer-, Gesichts- und Körperbereich:  
bewerten Sie die Schmerzintensität von 1 (leicht) bis 9 (sehr stark)

rechts		links
	Schädeldach	
	Stirn	
	Augenhöhle	
	Schläfe	
	Wange	
	Kiefergelenk	
	Zahnschmerzen	
	Ohr	
	Hinterkopf	

### sonstige Körperteile wo Schmerzen empfunden werden

	Nacken	
	Schulter	
	Rücken	
	Hüfte	
	Knie	
	Fuß	

### was erleichtert die Schmerzen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Medikamente:

.....  
.....

### was verschlimmert die Schmerzen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Haltungsbezogen**

- viel telefonieren.....  viel sitzen
- Hörer mit Schulter einklemmen.....  schwer tragen od. heben
- Tasche mit Schulterriemen tragen .....  Kinn aufstützen
- etwas anderes: .....
- .....

**Mundbezogen**

- Zähne pressen.....
- früh  tagsüber .....  abends  nachts
- Zähne knirschen
- früh  tagsüber .....  abends  nachts
- Nägelbeißen  Wangenbeißen ...  Bleistiftnagen
- Kaugummikauen
- Pfeifenrauchen
- etwas anderes
- .....

**Sonstiges**

- Geräusche im Kiefergelenk .....  R  L
- Mundöffnungsbewegung eingeschränkt
- Mundschließbewegung eingeschränkt
- Verspannung im Kiefergelenk.....  R  L
- früh .....  mittags  abends
- Schwierigkeiten beim Schlucken
- beim Beißen ist ein Zahn störend
- beim Kauen schmerzt ein Zahn
- die Zähne passen nicht mehr wie früher .....
- die Zähne verschieben sich .....
- ein Zahn / Zähne lockern sich
- das Zahnfleisch geht zurück .....
- Zahn empfindlich auf  Berührung .....  heiß  kalt
- Region: .....
- bei Höhenunterschied Schmerzen im Ohr .....
- Gleichgewichtsstörungen / Schwindelanfälle ..
- Schwierigkeiten bei der Nasenatmung .....
- Ohrgeräusche.....  R  L
- Hörstörungen.....  R  L
- schlechter Schlaf .....
- Schnarchen .....  häufig  selten
- Schuheinlagen.....  R  L
- wegen: .....
- .....

- Nichtraucher  Raucher
- mit meinem Beruf  zufrieden .....  unzufrieden
- mit meinem Leben  zufrieden .....  unzufrieden
- lebenslustig  verspannt .....  nervös  depressiv

**Ess- u. Trinkgewohnheiten**

- Hefespeisen  Käse .....  Alkohol  Schokolade