
Schmerz-Fragebogen

Heutiges Datum: _____

Bearbeitungs-Nr.: _____

Demographische Angaben

1. Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

2. Geschlecht: männlich weiblich

3. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

4. Personenstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

5. Name, Adresse und Telefonnummer des **überweisenden Zahnarztes** oder **Arztes**:

6. Name, Adresse und Telefonnummer des **Hausarztes**:

7. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu uns: ca. _____ km

8. **Ausgeübter Beruf**: _____

Erlerner Beruf: _____

derzeit arbeitslos

Rentner

Schmerzlokalisierung

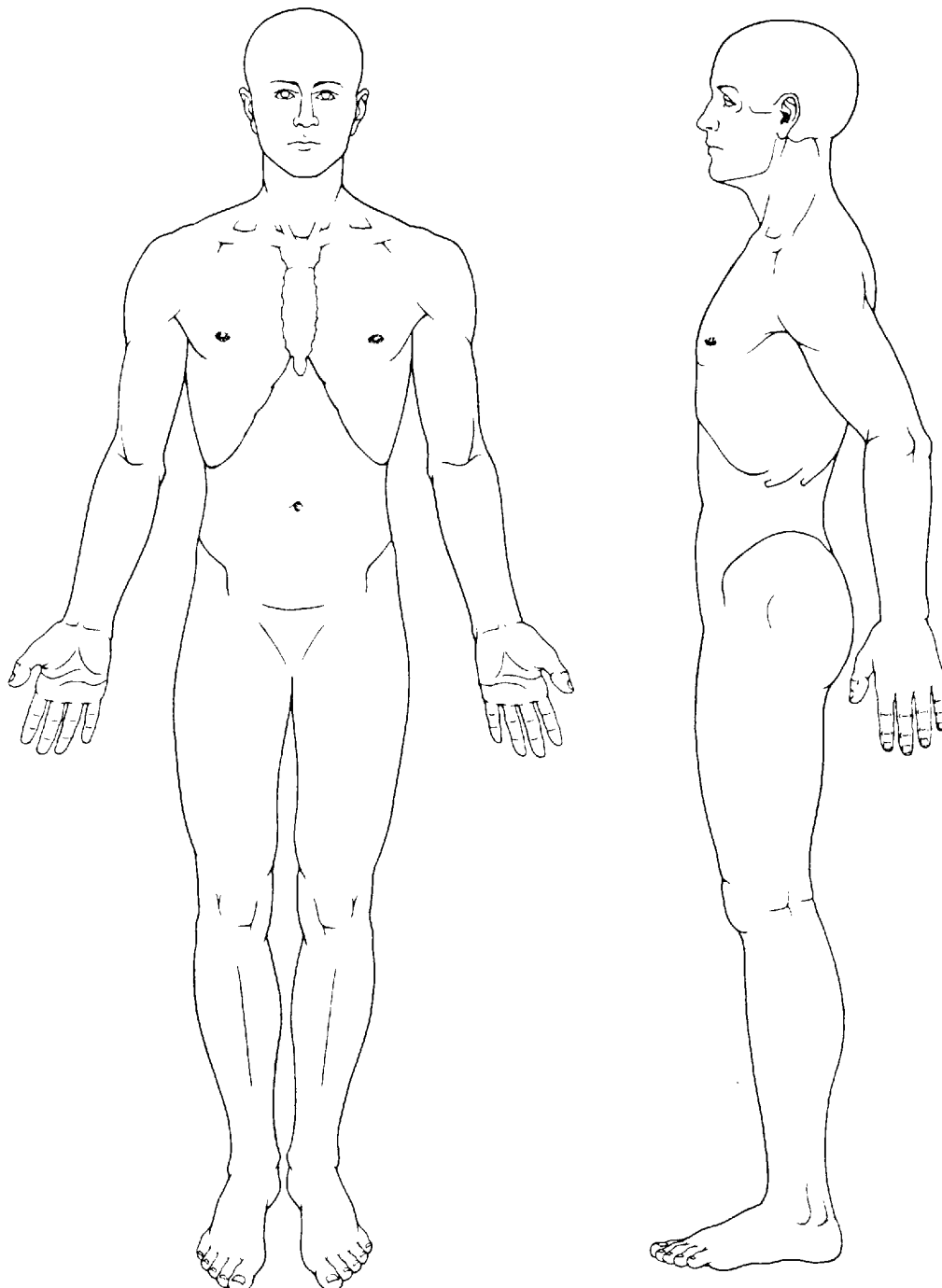
Bevor wir auf Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Beschwerden zu sprechen kommen, möchten wir Sie bitten, in den nachfolgenden **Ganzkörperschemata** einzumalen, **wo überall** im **Körper** Sie Schmerzen haben.

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

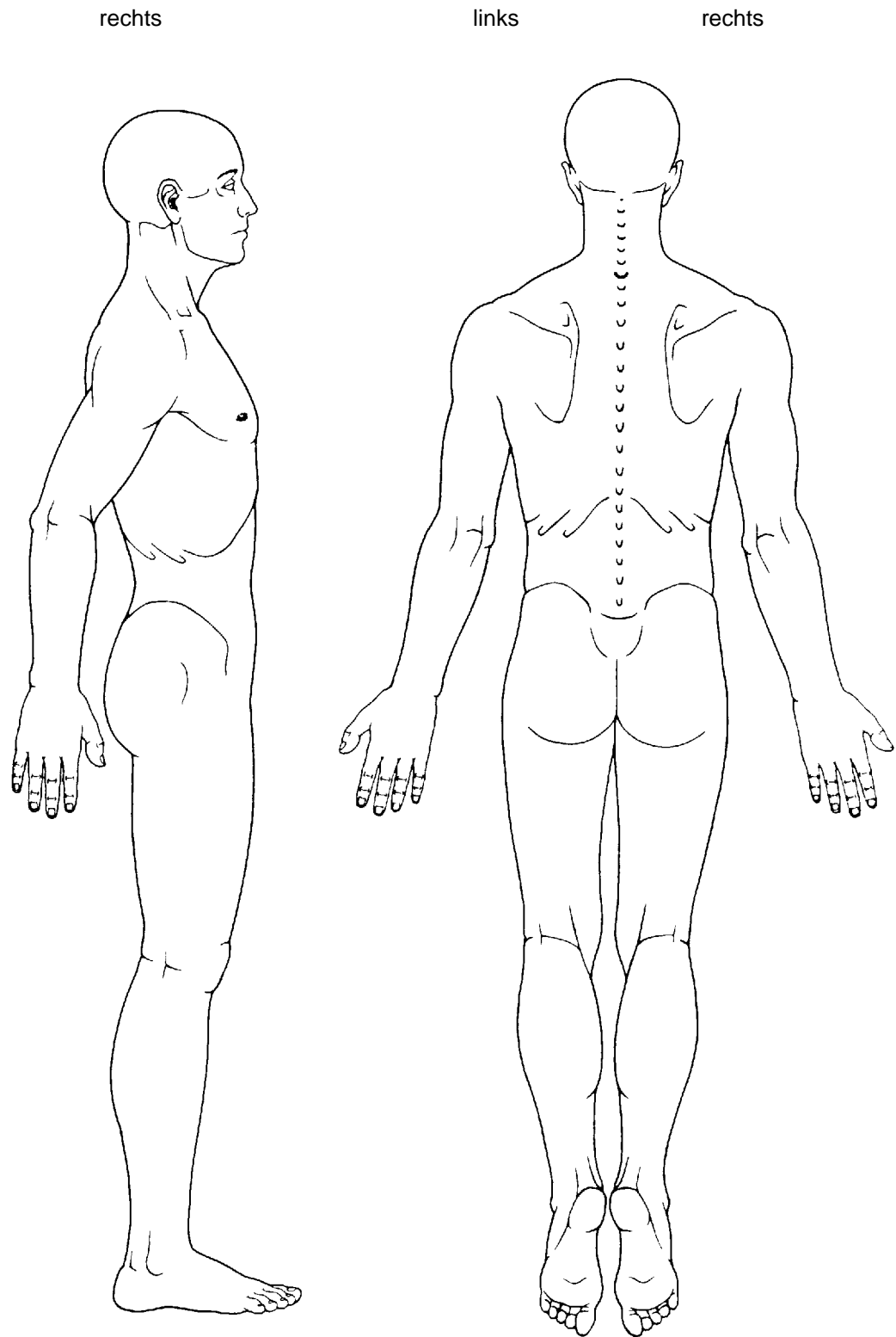
links

links



HABEN SIE AUCH WIRKLICH **ALLE** SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

Schmerzllokalisierung



HABEN SIE AUCH WIRKLICH **ALLE** SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

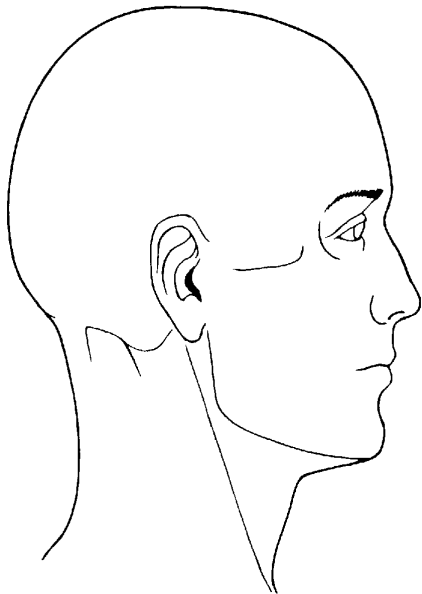
Schmerzlokalisierung

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**.

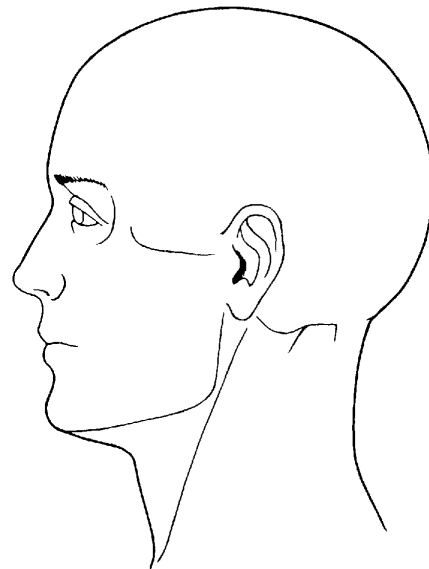
	<i>links</i>	<i>rechts</i>	<i>Mitte</i>
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläfe	<input type="checkbox"/>	<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

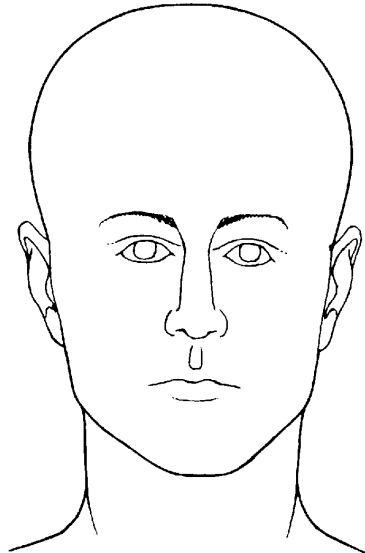
Malen Sie nun bitte in den nachfolgenden Gesichtsschemata ein, **wo** in der **Kopf-Gesichts-Hals-Region** Sie **überall** Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.),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

Seit wann bestehen Ihre Kiefer-Gesichtsschmerzen?

Tag	Monat	Jahr			

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!

Schmerzzeiten

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.

	<i>trifft genau zu</i>	<i>trifft weit- gehend zu</i>	<i>trifft ein wenig zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
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

Schmerzstärke

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

Schmerzbeeinflussende Faktoren

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

Begleiterscheinungen

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: <i>Amitriptylin</i> <i>Paracetamol</i>	<i>Tabletten</i> <i>Tabletten</i>	<i>50 mg x 1 pro Tag</i> <i>nach Bedarf</i>	<i>seit August 2002</i> <i>September - November 2002</i>

(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

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**?
