



Schmerzfragebogen

Heutiges Datum: _____

Bearbeitungs-Nr. : _____

Demographische Angaben

1. Nachname: _____ Vorname: _____ geb: _____

2. Geschlecht: männlich weiblich

3. Anschrift:

PLZ: _____

Wohnort: _____

Str: _____

Hausnr.: _____

Tel. privat: _____

Tel. 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:** _____

Ich bin derzeit: arbeitslos Rentner



Hauptbeschwerden

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?

Datum:

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

__ / ____ / ____
 __ / ____ / ____
 __ / ____ / ____
 Tag / Monat / Jahr

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

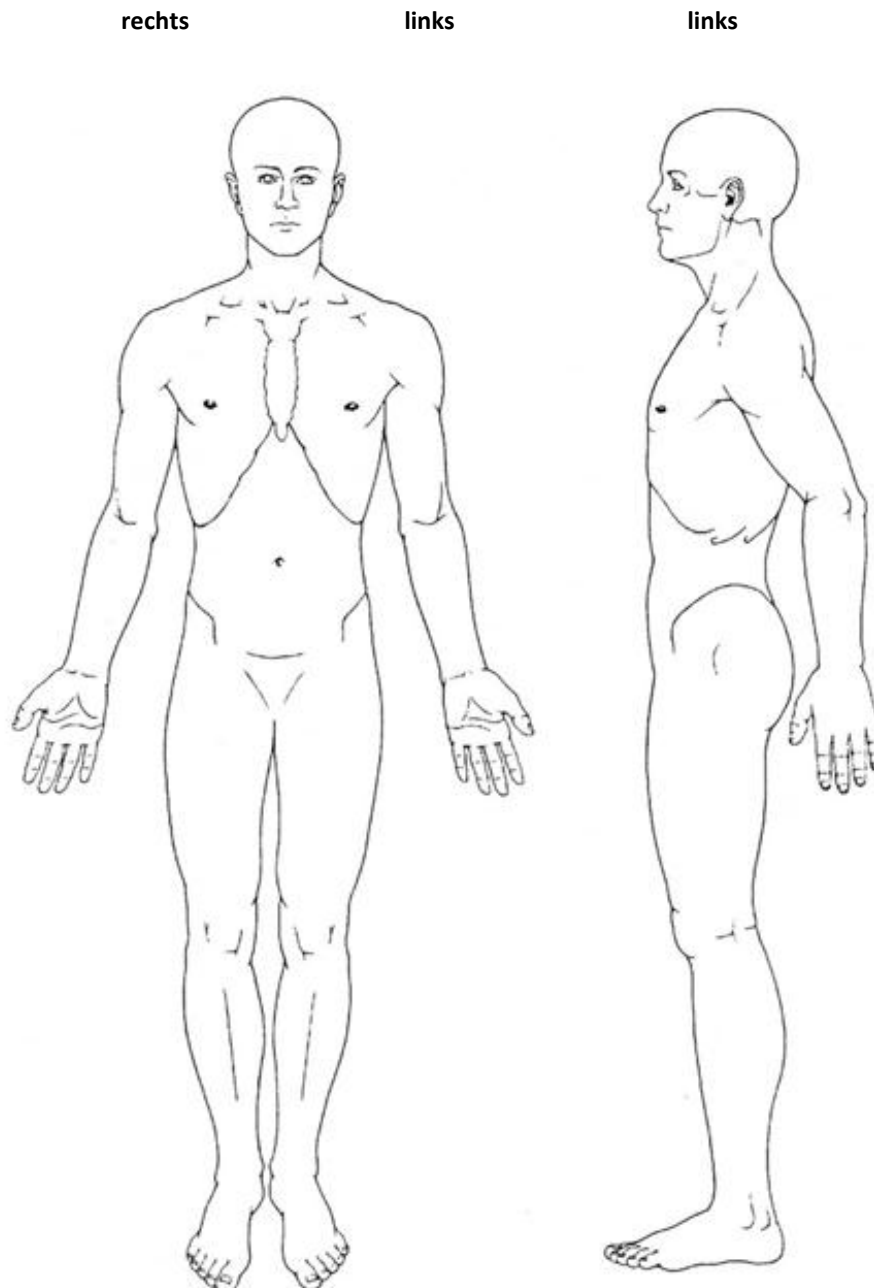
Welche Erwartungen verbinden Sie mit Ihrem Besuch?



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.





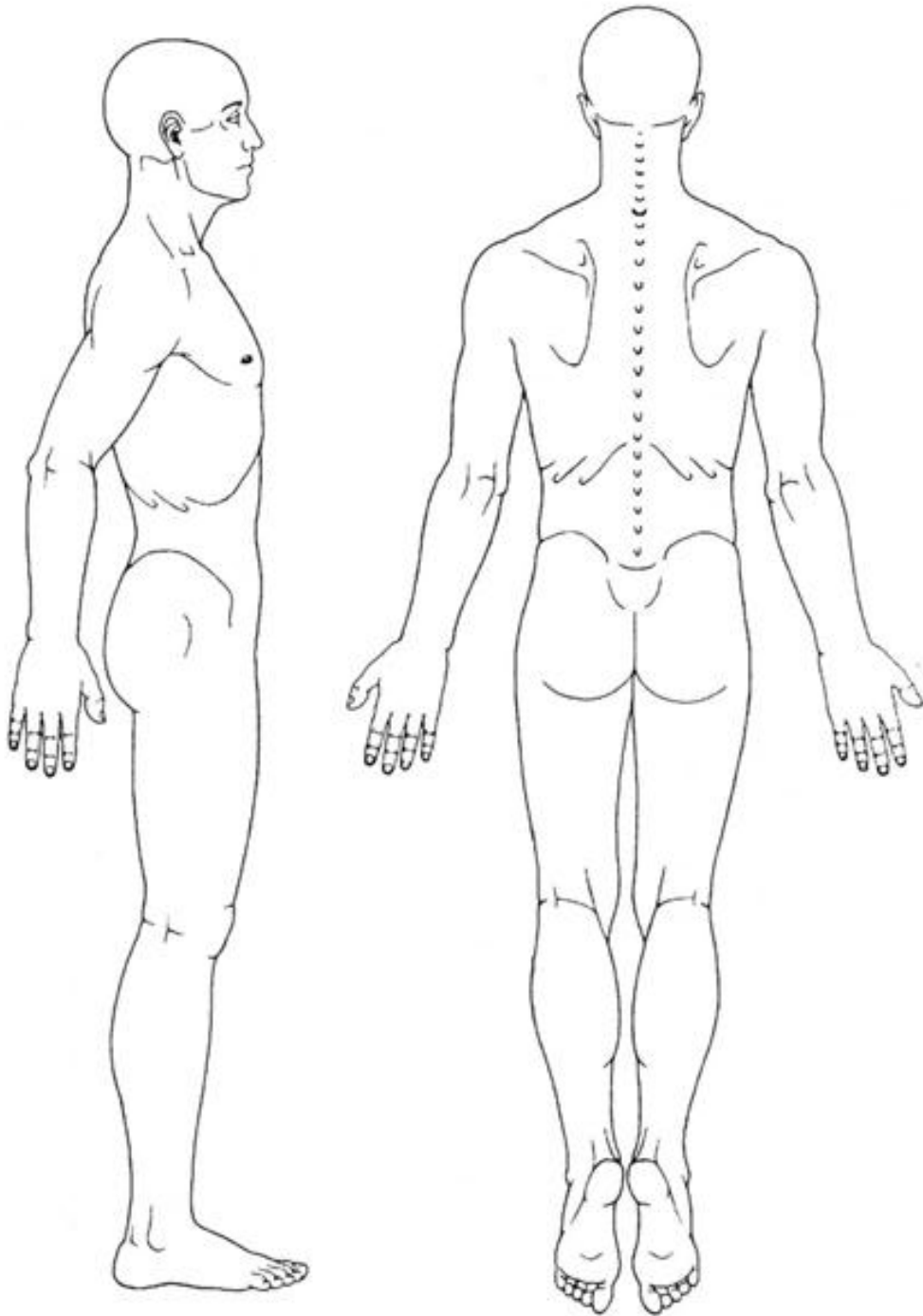
Haben Sie auch wirklich **ALLE** Schmerzorte eingezeichnet?

Schmerzlokalisierung

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.

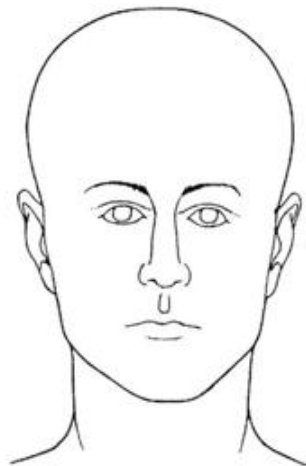
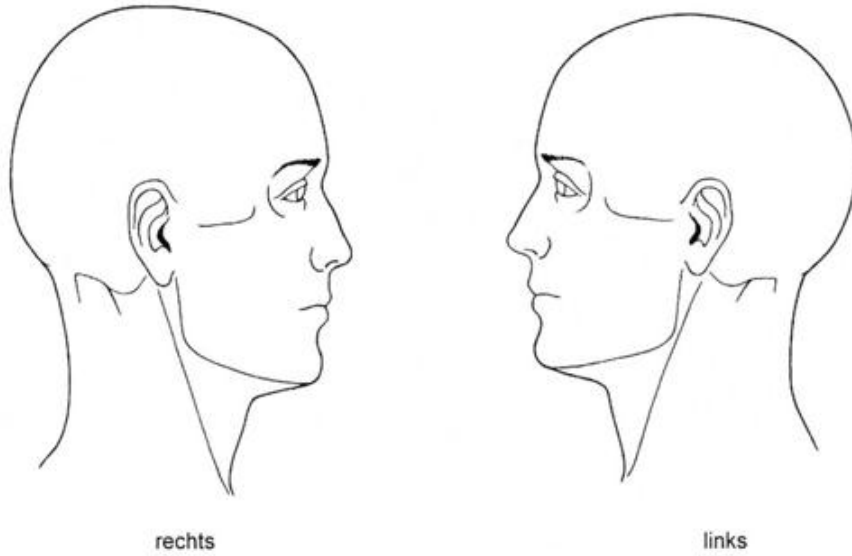
	links	rechts	Mitte
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kiefergelenk	<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
- Afterbereich
- mehrere Gelenke
- gesamter Körper

Schmerzlokalisierung

Malen Sie nun bitte in den nachfolgenden Gesichtsschemata ein, **wo** in der **Kopf-Gesichts-HalsRegion** 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.



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.

Ich empfinde meine Schmerzen als ...	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
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 abstimmen. 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 vorstellbarer
Schmerz 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 vorstellbarer
Schmerz 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 vorstellbarer
Schmerz 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 vorstellbarer
Schmerz 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 vorstellbarer
Schmerz 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

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

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]
kein Beeinträchtigung										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]
kein										ich war außerstande,

Beeinträchtigung

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 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 Tb!.) 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

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 KieferGesichtsschmerzen?

- 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**?

Allgemeinbefinden

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem **Befinden während der letzten Woche** am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten: selten = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht
 manchmal = 1 bis 2 Tage lang
 öfters = 3 bis 4 Tage lang
 meistens = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...

	selten	manchmal	öfters	meistens
1. ... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hatte ich kaum Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... kam ich mir genauso gut vor wie andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... war ich deprimiert / niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hatte ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... habe ich weniger geredet als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2002 Türp und Marinello

Klinik für Prothetik und Kaufunktionslehre, Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel / Quintessenz Verlags-GmbH



- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. ... fühlte ich mich einsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ... waren die Leute unfreundlich zu mir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ... habe ich das Leben genossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ... mußte ich weinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ... war ich traurig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ... hatte ich das Gefühl, daß die Leute mich nicht leiden können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ... konnte ich mich zu nichts aufraffen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen beantwortet haben!

Bitte beantworten Sie die folgenden sieben Fragen!

Frage 1: An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? _____ Tage

*In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um die **Stärke Ihrer Schmerzen** im Gesichtsbereich. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala von 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, daß Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, daß die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

Frage 2: Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich, wie sie *in diesem Augenblick* sind, einstufen?

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

Frage 3: Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre *stärksten* Schmerzen einstufen?

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

Frage 4: Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die *durchschnittliche Stärke* der Schmerzen einstufen?

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

*In den folgenden Fragen 5 bis 7 geht es um die **Beeinträchtigung von Aktivitäten** durch Schmerzen. 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.*

Frage 5: Inwieweit haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten drei Monaten bei Ihren *alltäglichen Beschäftigungen* beeinträchtigt?

- | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------|
| [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] | [10] |
| kein | | | | | | | | | | ich war außerstande, |
| Beeinträchtigung | | | | | | | | | | irgendetwas zu tun |

