

Dr. med. Wolfgang Dierkes
Akupunktur • Immunmodulation • Schmerztherapie
Volksgartenstraße 246
41065 Mönchengladbach
Telefon 02161/407974-0 www.in-balance.de
Fax 02161/407974-74 info@in-balance.de



Schmerz-Fragebogen

- bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus -

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:** _____

Erlernter Beruf: _____

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

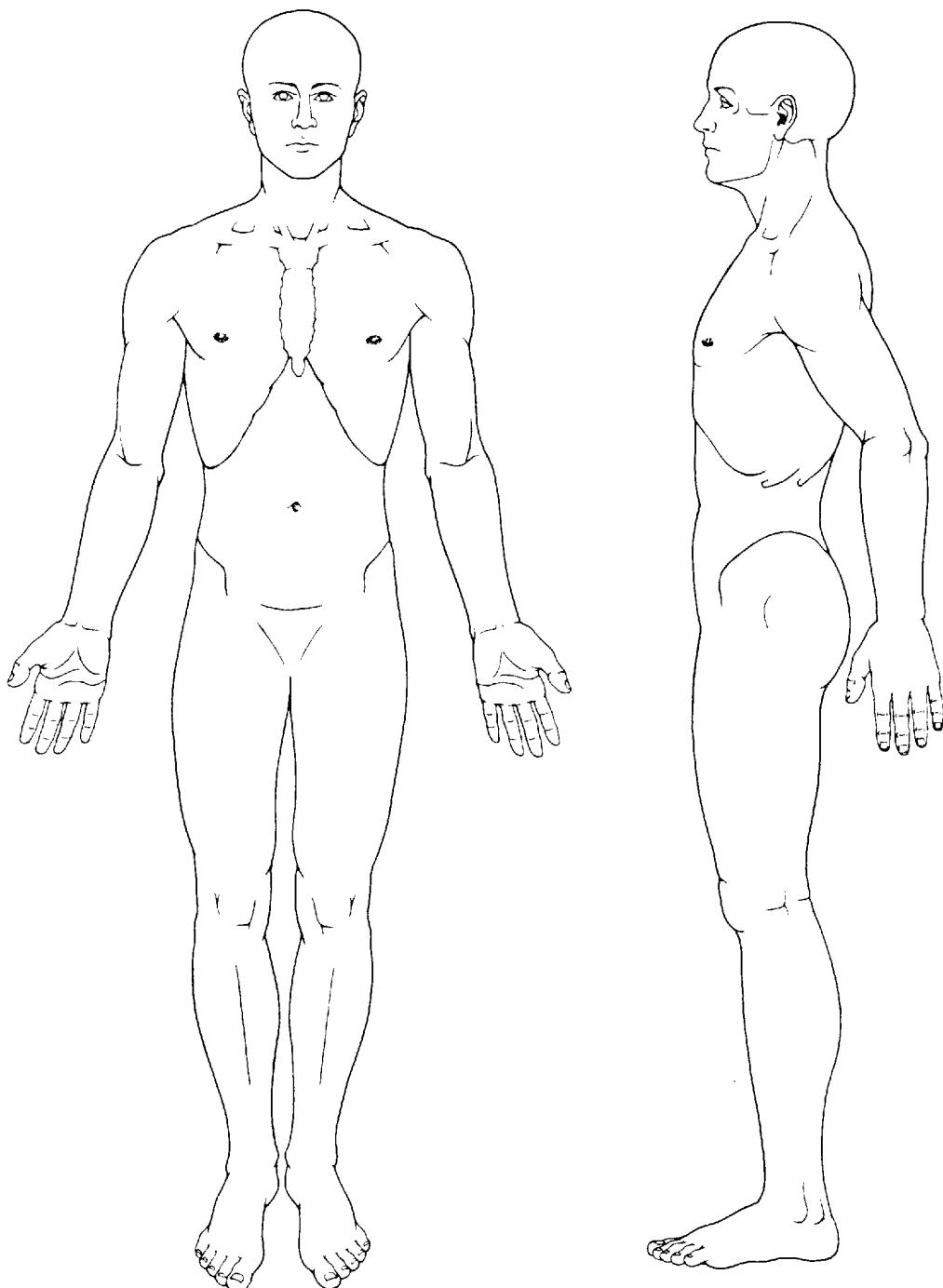
Bevor wir auf Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Beschwerden zu sprechen kommen, möchten wir Sie bitten, in den nachfolgenden **Ganzkörperschemata** einzumalen, **wo überall im Körper** Sie Schmerzen haben.

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.

rechts

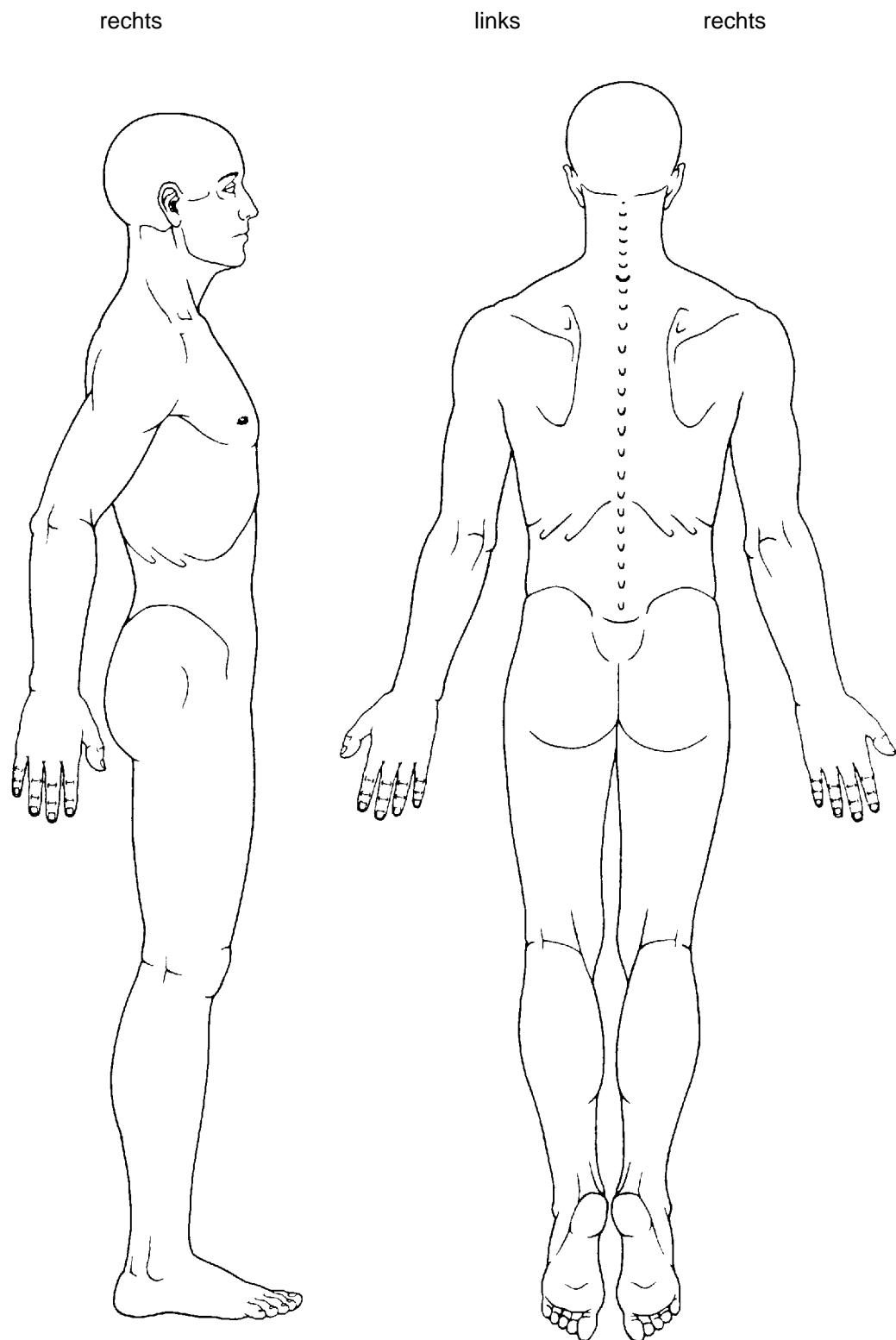
links

links



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

Schmerzlokalisierung



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

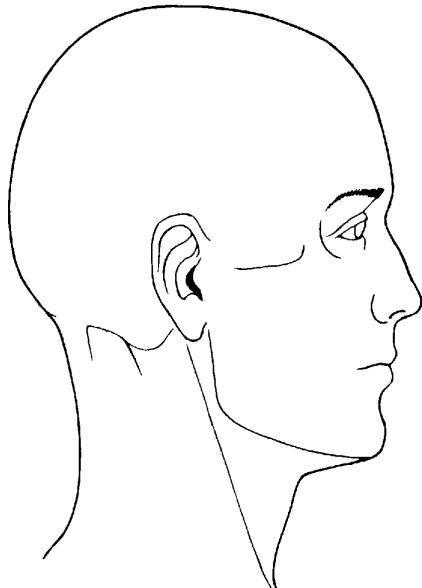
Schmerzlokalisation

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**.

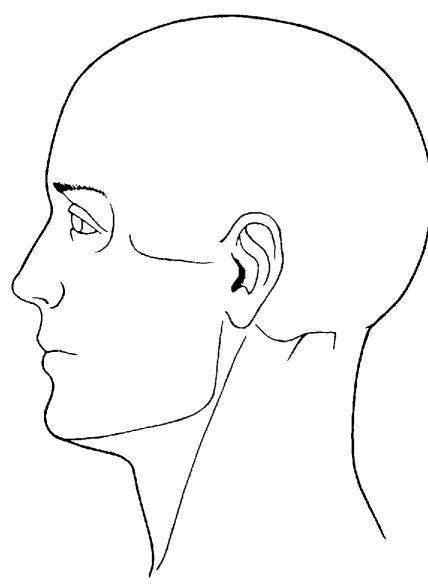
	<i>links</i>	<i>rechts</i>	<i>Mitte</i>
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläfe.....	<input type="checkbox"/>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

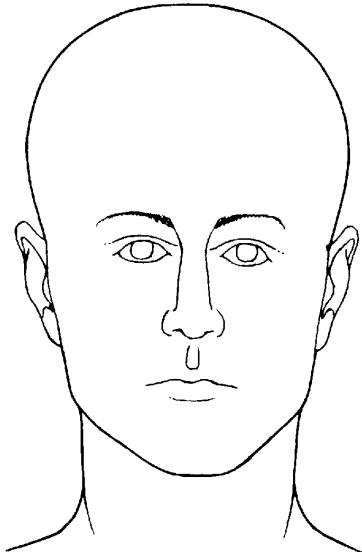
Malen Sie nun bitte in den nachfolgenden Gesichtsschemata ein, **wo** in der **Kopf-Gesichts-Hals-Region** Sie **überall** Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.),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



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.

	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
schniedig	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
hämmерnd	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 Schmerz										stärkster 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 Schmerz										stärkster 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 Schmerz										stärkster 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 Schmerz										stärkster 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 Schmerz										stärkster 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] keine Beeinträchtigung tun	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10] ich war außerstande, irgendetwas zu
--------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--

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

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

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

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

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

Wurden Sie wegen Ihrer Kiefer-Gesichtsschmerzen schon einmal **operiert** (einschließlich Zahnxtraktionen, 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. _____		

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**?
