

**Dr. med. Wolfgang Dierkes**

Akupunktur • Immunmodulation • Schmerztherapie

Volksgartenstraße 246  
41065 Mönchengladbach

Telefon 02161/407974-0  
Fax 02161/407974-74

www.in-balance.de  
info@in-balance.de

**in balance**



Natürlich heilen. Die sanfte Therapie  
nach dem Bauplan der Natur.

## 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**: \_\_\_\_\_  
**Erlerner Beruf**: \_\_\_\_\_  
☐ derzeit arbeitslos  
☐ Rentner

Hauptbeschwerden	
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...
6	...
7	...
8	...
9	...
10	...
11	...
12	...
13	...
14	...
15	...
16	...
17	...
18	...
19	...
20	...
21	...
22	...
23	...
24	...
25	...
26	...
27	...
28	...
29	...
30	...
31	...
32	...
33	...
34	...
35	...
36	...
37	...
38	...
39	...
40	...
41	...
42	...
43	...
44	...
45	...
46	...
47	...
48	...
49	...
50	...
51	...
52	...
53	...
54	...
55	...
56	...
57	...
58	...
59	...
60	...
61	...
62	...
63	...
64	...
65	...
66	...
67	...
68	...
69	...
70	...
71	...
72	...
73	...
74	...
75	...
76	...
77	...
78	...
79	...
80	...
81	...
82	...
83	...
84	...
85	...
86	...
87	...
88	...
89	...
90	...
91	...
92	...
93	...
94	...
95	...
96	...
97	...
98	...
99	...
100	...

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?

□ ja

### Wenn ja, an welchen?

---

---

---

Haben Sie **Unfälle mit Beteiligung des Kiefer-Gesichtsbereichs** gehabt?

□ ja

**Wenn ja, welcher Art?**

1. \_\_\_\_\_

Datum:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Tag      Monat      Jahr

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

Welche **Erwartungen** verbinden Sie mit Ihrem Besuch?

---

## Schmerzlokalisierung

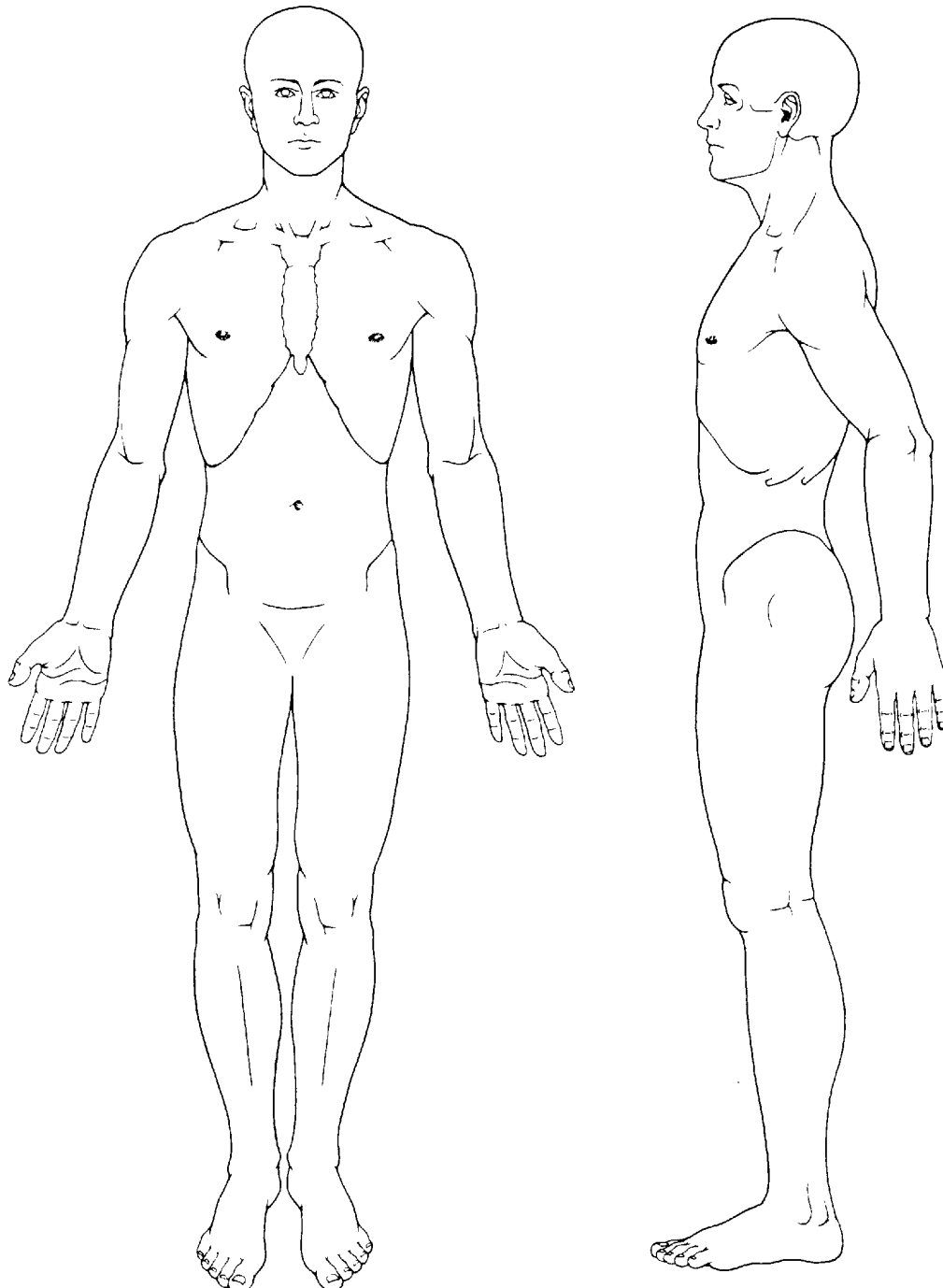
Bevor wir auf Ihre im Kiefer-Gesichtsbereich lokalisierten Beschwerden zu sprechen kommen, möchten wir Sie bitten, in den nachfolgenden **Ganzkörperschemata** einzumalen, **wo überall** im **Körper** Sie Schmerzen haben.

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

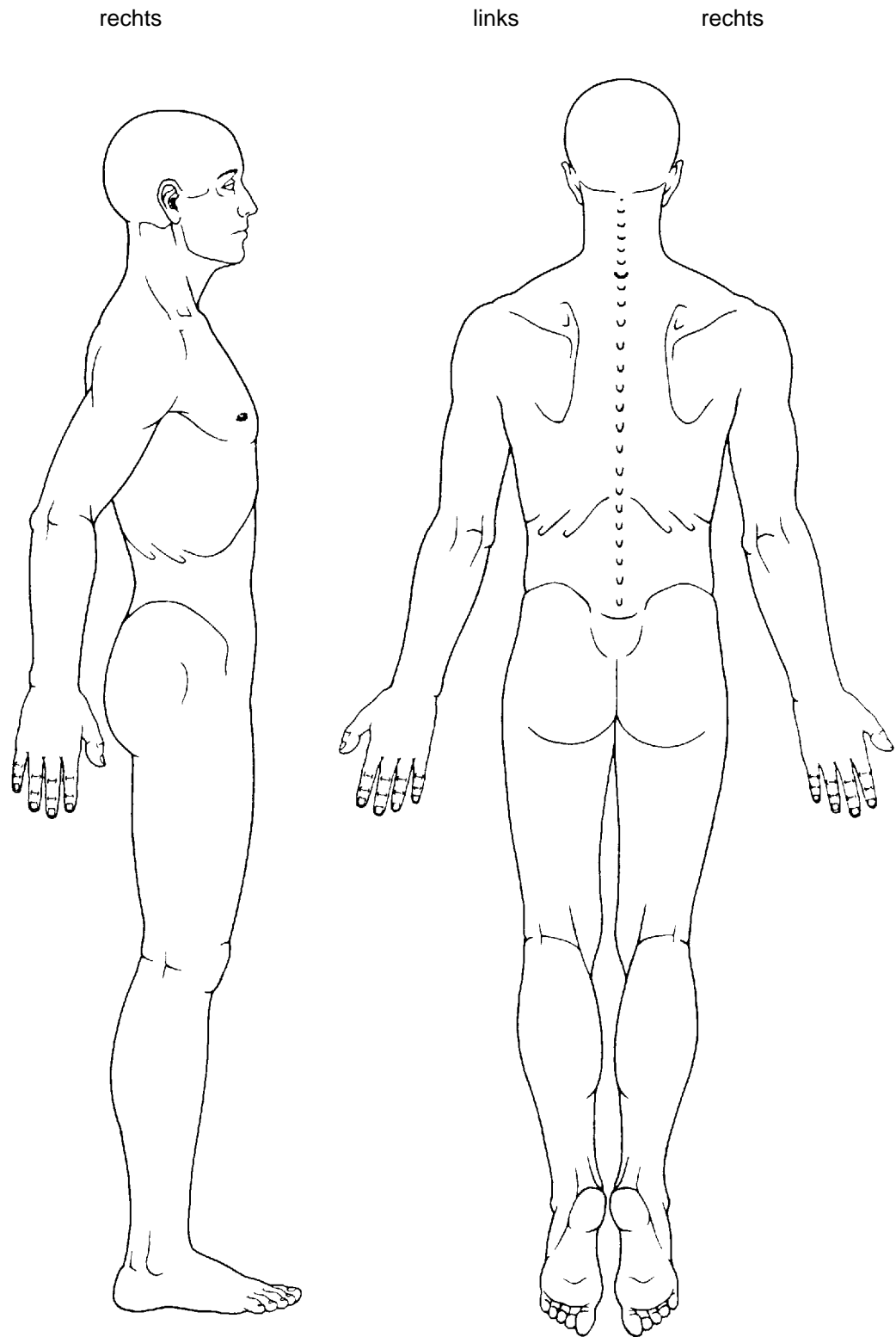
links

links



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

## Schmerzlokalisation



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

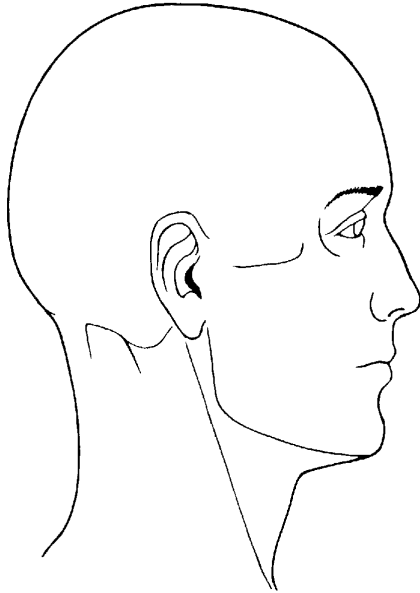
# Schmerzlokalisierung

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**.

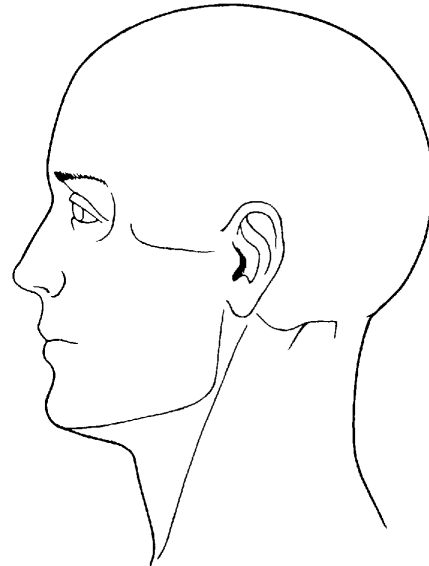
	<i>links</i>	<i>rechts</i>	<i>Mitte</i>
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläfe .....	<input type="checkbox"/>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

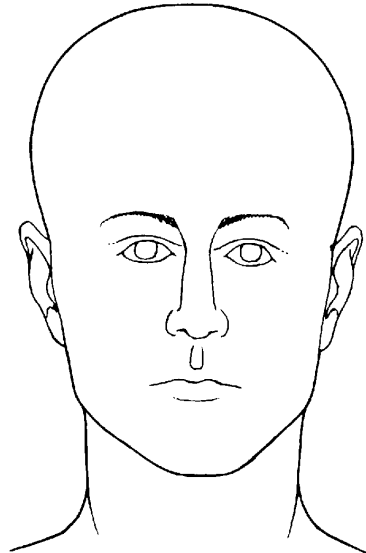
Malen Sie nun bitte in den nachfolgenden Gesichtsschemata ein, **wo** in der **Kopf-Gesichts-Hals-Region** Sie **überall** Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), 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>
<b>Ich empfinde meine Schmerzen als ...</b>				
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 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]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beein- trächtigung tun										ich war außerstande, irgendetwas zu

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 Beein- trächtigung tun										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]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beein- trächtigung tun										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
<b>Beispiel:</b> <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**?

---



---



---



---



---



---