

SCHMERZEVALUIERUNG FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN

PATIENT/IN

Name

Beruf

Alter

WO LIEGT IHR PROBLEM?

SCHMERZEN: Kopf Hals Körper
FUNKTION: Kauen Biss Kieferbewegung Kiefergelenk

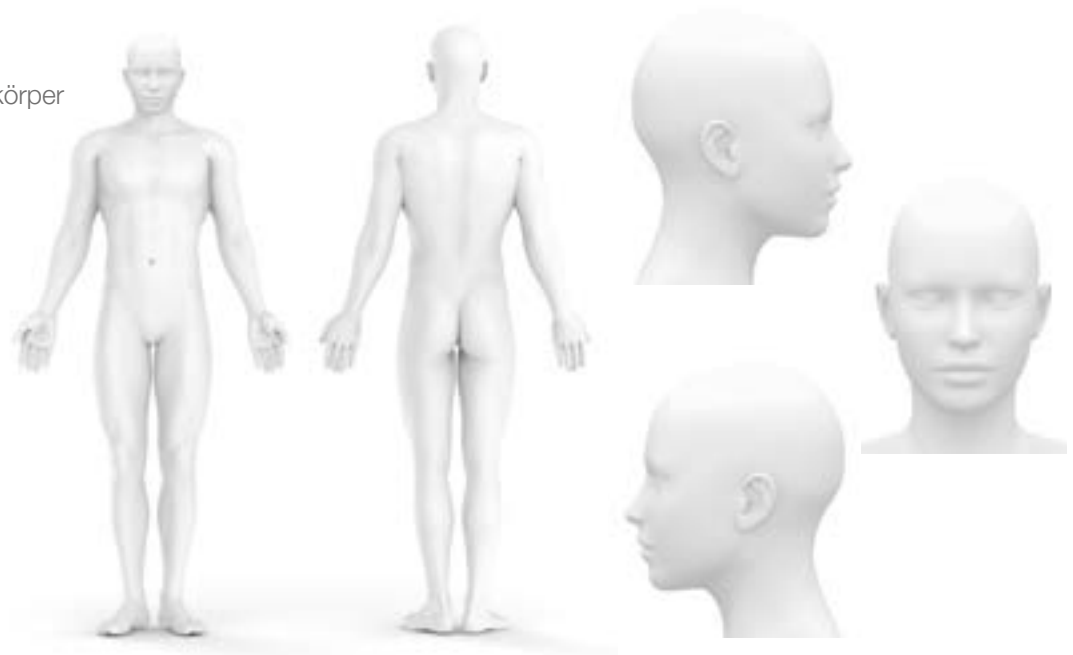
ETWAS ANDERES? _____

SEIT WANN HABEN SIE DIE BESCHWERDEN? _____

SCHMERZEN

Zeichnen Sie bitte im Ganzkörper
Schema (bunt nach Art) ein,
wo Sie Schmerzen haben:

Rot = brennend
Grün = stechend
Blau = dumpf/ziehend
Pfeil = einschießend



WANN TRETEN DIE SCHMERZEN AUF?

Am Morgen Am Abend Tagsüber In der Ruhe Bei viel Reden
Nach dem Essen Schwankend ständig

Lindernd wirkt: _____

WIE STARK SIND IHRE SCHMERZEN ZUR ZEIT?



FUNKTION

WENN ICH MEINEN UNTERKIEFER NACH VORNE BEWEGE:

Knackt es Knirscht es Blockiert es **WO?** Im linken Kiefergelenk Im rechten Kiefergelenk

WENN ICH MEINEN UNTERKIEFER NACH LINKS BEWEGE:

Knackt es Knirscht es Blockiert es **WO?** Im linken Kiefergelenk Im rechten Kiefergelenk

WENN ICH MEINEN UNTERKIEFER NACH RECHTS BEWEGE:

Knackt es Knirscht es Blockiert es **WO?** Im linken Kiefergelenk Im rechten Kiefergelenk

WENN ICH DEN MUND ÖFFNE:

Knackt es Knirscht es Blockiert es **WO?** Im linken Kiefergelenk Im rechten Kiefergelenk

WENN ICH ZUBEISSE:

Finde ich nicht genug Kontakt auf den linken Seitenzähnen	Ist links etwas zu hoch und stört
Finde ich nicht genug Kontakt auf den rechten Seitenzähnen	Ist rechts etwas zu hoch und stört
Stören die Schneidezähne	Finde ich keine Verzahnung

ANDERES PROBLEM

Weshalb wird ein Zusammenhang zwischen dem Biss vermutet?

Gibt es etwas, das das Problem verschlimmert?

Gibt es etwas, das das Problem verbessert?

VERSUCHTE BEHANDLUNGEN

Zahnarzt	Orthopäde	Psychologe	Osteopath
Kieferorthopäde	Neurologe	HNO	Physiotherapeut

Andere? _____

Der beste Erfolg wurde erzielt durch: _____

WICHTIGE DIAGNOSEN

Datum und Unterschrift: _____