

Name: _____

Datum: _____

Schmerz

1. Hatten Sie jemals auf einer beliebigen Seite Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr?

Ja Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.

2. Falls ja, vor wie vielen Monaten /Jahren begannen Ihre Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr?

_____ Monaten _____ Jahren

3. Welche der folgenden Antworten beschreibt die in den letzten 30 Tagen bei Ihnen aufgetretenen Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr am besten? Bitte eine Antwort auswählen:

- Keine Schmerzen
- Schmerzen kommen und gehen.
- Die Schmerzen sind durchgehend vorhanden.

Wenn Sie kein Schmerz angekreuzt haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.

4. Haben die Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?

- Keine Veränderung der Aktivität
- Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite
- Angewohnheiten wie Aufeinanderpressen der Zähne, Zähneknirschen, Kaugummikauen
- Andere Kieferaktivitäten wie: Sprechen, Küssen oder Gähnen

Kopfschmerz

5. Hatten Sie während der letzten 30 Tage Kopfschmerzen, die im Schläfenbereich auftraten?

Ja Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 8.

6. Vor wie vielen Monaten/Jahren begannen Ihre Kopfschmerzen im Schläfenbereich?

_____ Monaten _____ Jahren

7. Haben die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage Ihre Kopfschmerzen auf einer beliebigen Seite verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?

- Keine Veränderung der Aktivität
- Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorne oder zur Seite
- Angewohnheiten wie Aufeinanderpressen der Zähne, Zähneknirschen, Kaugummikauen
- Andere Kieferaktivitäten wie: Sprechen, Küssen oder Gähnen

Kiefergelenksgeräusche

8. Sind bei Ihnen in den letzten 30 Tagen Kiefergelenkgeräusche aufgetreten, wenn Sie Ihren Kiefer bewegt haben?

Nein rechts links beidseits unklar

Kieferklemme

9. Hatten Sie jemals, wenn auch nur kurzzeitig, eine Kieferklemme, sodass sich Ihr Mund nicht vollständig öffnen ließ?

Nein rechts links beidseits unklar

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.

10. War Ihre Kieferklemme ausgeprägt genug, um Ihre Mundöffnung einzuschränken oder Probleme beim Essen zu verursachen?

Nein rechts links beidseits unklar

11. Hatten Sie in den letzten 30 Tagen eine Kieferklemme, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen konnten und löste sich diese anschließend, sodass Sie den Mund wieder vollständig öffnen konnten?

Nein rechts links beidseits unklar

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13

12. Ist Ihr Kiefer derzeit blockiert oder eingeschränkt, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen können?

Nein rechts links beidseits unklar

Mundschlussbehinderung

13. Ist es in den letzten 30 Tagen vorgekommen, dass Ihr Kiefer bei weiter Mundöffnung blockiert bzw. sich verklemmte, sodass Sie den Mund von dieser weit geöffneten Position aus nicht mehr schließen konnten?

Nein rechts links beidseits unklar

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, können Sie den Fragebogen beenden.

14. Ist es in den letzten 30 Tagen vorgekommen, dass Sie etwas unternehmen mussten, als Ihr Kiefer blockiert oder verklemmt war, um den Mund wieder schließen zu können, z.B. entspannen, bewegen, drücken oder manövrieren?

Nein rechts links beidseits unklar