

Patient/-in:

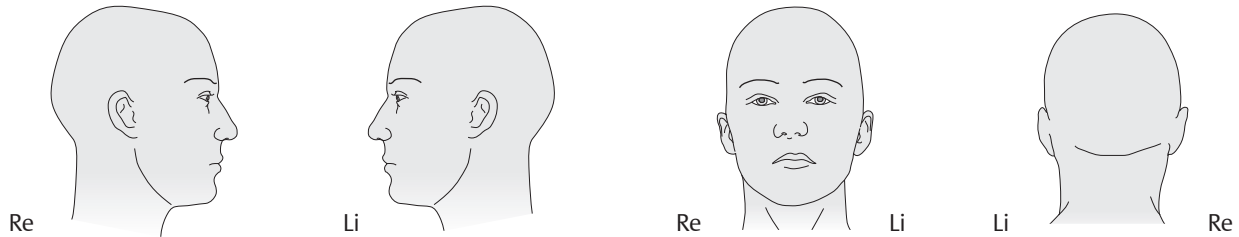
Datum:

**Schmerzanamnese**

1. Was ist Ihr Hauptanliegen (Schmerzen und/oder Beschwerden)?

2. Welche weiteren Schmerzen und/oder Beschwerden sind bei Ihnen aufgetreten?

Bitte zeichnen Sie die Lokalisation Ihrer Beschwerden in der Skizze ein.



Bitte tragen Sie auf der Schmerzskala die durchschnittliche Schmerzstärke der letzten 4 Wochen ein (0 entspricht keinem Schmerz, 10 dem stärksten vorstellbaren Schmerz).

0  10 Wert:

3. Haben Sie noch Beschwerden an anderen Körperstellen – und wenn ja, wo?

4. Seit wann leiden Sie unter Ihren Beschwerden?

5. Was ist Ihrer Meinung nach der Grund für Ihre Beschwerden?

6. Welche zahnärztlichen und ärztlichen Behandlungen haben Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits veranlasst (bitte möglichst in chronologischer Reihenfolge, mit Zeitangabe, bei zu wenig Platz evtl. die Rückseite benutzen)?

**7. Weitere Angaben** (Zutreffendes bitte in den grauen Kästchen ankreuzen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>a</b> Hatten Sie jemals eine Blockierung der Mundöffnung?          | <input type="checkbox"/> <b>m</b> Meine Mundöffnung ist eingeschränkt/blockiert.              |
| <input type="checkbox"/> <b>b</b> Haben Sie Gesichtsschm. (Kieferg., Schläfe, Kieferber.)?     | <input type="checkbox"/> <b>n</b> Ich leide häufig unter Kopfschm. (1x pro Woche o. mehr).    |
| <input type="checkbox"/> <b>c</b> Die Beschwerden beeinflussen meine Leistungskraft.           | <input type="checkbox"/> <b>o</b> Ich habe Schmerzen bei der Mundöffn. oder beim Kauen.       |
| <input type="checkbox"/> <b>d</b> Schmerzen in den Kiefergelenken bei Unterkieferbewegungen.   | <input type="checkbox"/> <b>p</b> Ich nehme regelmäßig Medikamente gegen meine Schmerzen ein. |
| <input type="checkbox"/> <b>e</b> Ich hatte bereits einen Unfall im Kopf-/Schulterbereich.     | <input type="checkbox"/> <b>q</b> In Stresssituationen werden die Schmerzen schlimmer.        |
| <input type="checkbox"/> <b>f</b> Die Schm. treten immer zu bestimmten Tageszeiten auf.        | <input type="checkbox"/> <b>r</b> Ich leide unter Schlafstörungen.                            |
| <input type="checkbox"/> <b>g</b> Nackenverspannung.   | <input type="checkbox"/> <b>s</b> Meine Kiefermuskeln sind morgens häufig steif.              |
| <input type="checkbox"/> <b>h</b> Mein Zusammenbiss stimmt nicht.                              | <input type="checkbox"/> <b>t</b> Ich habe Arthritis/Arthrose in anderen Gelenken.            |
| <input type="checkbox"/> <b>i</b> Bei mir treten Geräusche in den Kiefergelenken auf.          |   |
| <input type="checkbox"/> <b>j</b> Ich knirsche und presse mit den Zähnen.                      |   |
| <input type="checkbox"/> <b>k</b> Meine Zähne sind häufig sehr empfindlich.                    |   |
| <input type="checkbox"/> <b>l</b> Bei mir treten häufig Mundtrockenheit und Zungenbrennen auf. |   |

Was erwarten Sie von einer Behandlung bei uns?