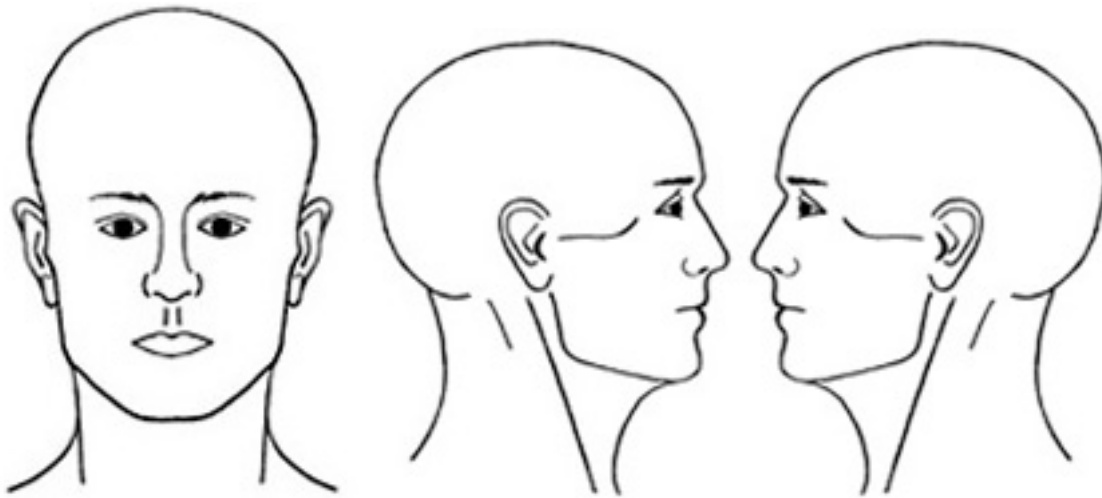


Seit wann bestehen die Schmerzen (Monat/Jahr)?:
 Wie begannen die Schmerzen? akut/plötzlich

allmählich

**Schmerzlokalisierung/Schmerzausbreitung.
 (Zum Einzeichnen)**



Kopf/Hals		rechts	links	mittig
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"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfe	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohr	_____	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Kaumuskulatur	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhöhle	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinterkopf	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halswirbel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körper				
Schulter	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand/Finger	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken, oben	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken, unten	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb	_____	<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"/>
Hüfte	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß/Zehen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk allg.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzer Körper	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notizen:

Schmerzqualität der letzten 3 Monate

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oberflächlich | <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> erträglich |
| <input type="checkbox"/> tief | <input type="checkbox"/> heiß/brennend | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> erschöpfend |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> pulsierend | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> lähmend |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> gleichförmig | <input type="checkbox"/> unerträglich/quälend |

Änderung in der Schmerzqualität? Ja Nein Wenn ja, wie:

Schmerzbeginn morgens abends wechselnd
 mittags nachts

Größte Schmerzstärke morgens abends wechselnd
 mittags nachts

Wechsel der Schmerzstärke Häufig manchmal nie verschieden

Schmerzdauer _____ Minuten _____ Stunden _____ Tage

Schmerzhäufigkeit dauernd 1-2xWoche anfallsartig
 mehrmals Tag 1-2x Woche andere:
 einmal Tag seltener

Einschränkung Bei Kieferbewegung Mundöffnung Kauen
 Kieferschluss andere:

Schmerzen Bei Kieferbewegung Mundöffnung Kauen
 Kieferschluss andere:

Begleiterscheinungen Allgemein: Übelkeit Licht
 Erbrechen Geräusche
 Sehstörungen andere:

Im Schmerzgebiet: Schwellung
 Rötung
 Hautempfindlichkeit

Notizen:

Einfluss der Beschwerden /Schmerzen auf das tägliche Leben

Aktuelle Schmerzstärke (jetzt)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz								stärkster denkbarer Schmerz		

Schmerzstärke in den letzten **4 Wochen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz								stärkster denkbarer Schmerz		

Wohlbefinden in den letzten **6 Monaten**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Einfluss								sehr starker Einfluss		

Leistungsfähigkeit in den letzten **6 Monaten**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein Einfluss sehr starker Einfluss

Stress in der aktuellen Lebenssituation:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein Stress sehr starker Stress

Allgemeine Angaben

- Bevorzugte Kauseite rechts links keine
- Bevorzugte Schlafseite rechts links Bauch Rücken Keine
- Kiefergelenksgeräusche rechts links keine Wenn ja, seit:
- Lippen-/Wangenpressen ja Nein Wenn ja, seit:
- Zungenpressen ja Nein Wenn ja, seit:
- Zungen-/Daumenbrennen ja Nein Wenn ja, seit:
- Taubheitsgefühl im Kopf- bzw. Gesichtsbereich ja Nein Wenn ja, seit:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

Weitere Angaben zur Anamnese:

Weitere diagnostische Maßnahmen:
