

## Symptomliste CMD/Orofaziale Schmerzen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Beschwerden die letzten 30 Tage -

Bitte auch die Seite der Beschwerden angeben, d.h. links oder rechts

0 = Nein, 10 = Sehr stark	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Zähne</b>											
Knirschen oder Pressen der Zähne											
Zähne empfindlich oder schmerzhaft											
„Zähne passen nicht“, Kauschwierigkeiten?											
<b>Kiefergelenke</b>											
Knacken / Reibegeräusche Kiefergelenke											
Schmerzen der Kiefergelenke beim Kauen, Öffnen, Sprechen?											
<b>Kiefer und Mund</b>											
War Ihre Mundöffnung irgendwann einmal blockiert und der Mund ging nicht mehr auf?											
Einseitiges Kauen?											
Verspannung/Schmerzen der Kiefer beim Aufwachen											
<b>Kopf und Gesicht</b>											
Kopfschmerzen											
Gesichtsschmerzen re./li. oder beidseits?											
<b>Ohren</b>											
Ohrgeräusche											
Oherschmerzen											
Schwindel											
<b>Augen</b>											
Schmerzen hinter den Augen											
Lichtempfindlichkeit / Sehstörungen											
<b>Hals und Nacken</b>											
Schluckbeschwerden											
Halsschmerzen											
Unfall / Schleudertrauma / Narkose / Lange Zahnbehandlung / Wann?											
<b>Körper</b>											
Schmerzen an Nacken, Schulter, Rücken, Bauch, Brust, Gelenken											
Taubes Gefühl / Kribbeln											
Tagesmüdigkeit / Erschöpfung											
Schlechter Schlaf / Schnarchen / Atemaussetzer											
Allgemeinerkrankung / Was ?											
Aktuelle Medikamente											
Kaffee, Alkohol, Allergien oder Unverträglichkeiten von Lebensmitteln											
<b>Psychosoziale Beeinträchtigung</b>											
Stress in Schule / Arbeit / Familie											
Ängste / Depressive Stimmung											
Unruhe / Grübelei											
<b>Graduierung Chronischer Schmerzen</b>											
1. Beeinträchtigung bei der alltäglichen Beschäftigung i. d. letzten 6 Monaten											
2. Beeinträchtigung der Teilnahme an Familien- und Freizeitaktivitäten											
3. Beeinträchtigung der Verrichtung von Arbeit / Hausarbeit											
4. Aktuelle Schmerzstärke											
5. Stärkster Schmerz in den letzten 6 Monaten											
6. Durchschnittlicher Schmerz in den letzten 6 Monaten											
7. An wie vielen Tagen konnte i. d. letzten 6 Monaten nicht Ihrer normalen Beschäftigung nachgegangen werden (0 - 100Tage) = ..... Tage											Ergebnis=