

Patienten Fragebogen

Name, Vorname

Datum

Anschrift

Geburtsdatum

Diagnose

1. Fragen

- | | |
|--|-------|
| 1. Haben Sie Schwierigkeiten den Mund zu öffnen? | ..... |
| 2. Haben Sie Schwierigkeiten beim Bewegen Ihres Kiefers? | ..... |
| 3. Sind Ihre Kaumuskeln empfindlich oder haben Sie Muskelschmerzen während des Kauens? | ..... |
| 4. Haben Sie Kopfschmerzen? | ..... |
| 5. Haben Sie Nacken- oder Schulterschmerzen? | ..... |
| 6. Haben Sie Schmerzen in oder rund um die Ohren? | ..... |
| 7. Nehmen Sie Geräusche in Ihren Kiefergelenken wahr? | ..... |
| 8. Haben Sie das Gefühl, das Ihr Biss normal ist? | ..... |
| 9. Gebrauchen Sie nur eine Seite Ihres Mundes während des Kauens? | ..... |
| 10. Haben Sie Gesichtsschmerzen am Morgen? | ..... |

Beurteilung

0 = kein

1 = anwesend

2 = stark und / oder beidseits

2. Kranio-mandibuläre Dysfunktion (Helkimoindex)

- | | | |
|----------------------------|--|---|
| 1. Mobilitätseinschränkung | -normale Bewegung | 0 |
| | -Einschränkung vertikal (<40mm) | 1 |
| | -Einschränkung horiz. (<6mm) | 2 |
| | -Einschränkung vert. (<30mm) und horiz. (<3mm) | 3 |
| 2. Muskeldruckdolenzen | -keine | 0 |
| | -Druckempfindlichkeit an 1-3 Stellen | 1 |
| | -Druckempfindlichkeit an 4-6 Stellen | 2 |
| | -Druckempfindlichkeit >6 Stellen | 3 |

3. gestörte Kieferfunktion	-glatte Bew. ohne Geräusche	0
	-Gelenkgeräusche ein- oder bds.	1
	-Deviation >2mm, Druckempfindlichkeit	2
	-Sperrung oder Luxation	3
4. Okklusionsstörungen	-keine	0
	-Frühkontakte ohne Zentrik	1
	-Frühkontakte mit Zentrik	2
	-Frühkontakte mit Balanceinterferenzen	3
5. Schmerzen bei UK Bew.	-schmerzfrei	0
	-Schmerzen bei einer Bew.	1
	-Schmerzen bei mehreren Bew.	2

Summe = Dysfunktionsindexklassen:

- 0 Punkte : klinisch symptomfrei (Di 0)
- 1-3 Punkte : leichte Dysfunktion (Di I)
- 4-6 Punkte : mäßige Dysfunktion (Di II)
- 7 Punkte : schwere Dysfunktion (Di III)

3. Facial Disability Index

Bitte suchen Sie die geeignetste Antwort auf die folgenden Fragen, die sich auf Probleme im Zusammenhang mit der Funktion Ihrer Gesichtsmuskulatur beziehen. Denken Sie bei jeder Frage an die Funktion im **vergangenen Monat**.

Physische Funktion

1. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten, Essen im Mund zu behalten, im Mund zu bewegen oder in der Wange zu behalten?

- | | |
|---------------------------|---|
| normalerweise | ich habe normalerweise nicht gegessen wegen |
| 5 keine Schwierigkeiten | 1 Gesundheit |
| 4 geringe Schwierigkeiten | 0 anderen Gründen |
| 3 einige Schwierigkeiten | |
| 2 große Schwierigkeiten | |

2. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten aus einer Tasse zu trinken?

- | | |
|---------------------------|--|
| normalerweise | ich habe normalerweise nicht getrunken wegen |
| 5 keine Schwierigkeiten | 1 Gesundheit |
| 4 geringe Schwierigkeiten | 0 anderen Gründen |
| 3 einige Schwierigkeiten | |
| 2 große Schwierigkeiten | |

3. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten beim Sprechen bestimmte Laute zu formen?

- | | |
|---------------------------|--|
| normalerweise | ich habe normalerweise nicht getrunken wegen |
| 5 keine Schwierigkeiten | 1 Gesundheit |
| 4 geringe Schwierigkeiten | 0 anderen Gründen |
| 3 einige Schwierigkeiten | |
| 2 große Schwierigkeiten | |

4. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten damit, dass Ihr Auge trännte oder trocken war?

- | | |
|---------------------------|--|
| normalerweise | ich habe normalerweise nicht getrunken wegen |
| 5 keine Schwierigkeiten | 1 Gesundheit |
| 4 geringe Schwierigkeiten | 0 anderen Gründen |
| 3 einige Schwierigkeiten | |
| 2 große Schwierigkeiten | |

5. Wie groß waren Ihre Schwierigkeiten beim Zähne putzen oder Mund ausspülen?
normalerweise ich habe normalerweise nicht getrunken wegen
- | | | | |
|---|-------------------------|---|-----------------|
| 5 | keine Schwierigkeiten | 1 | Gesundheit |
| 4 | geringe Schwierigkeiten | 0 | anderen Gründen |
| 3 | einige Schwierigkeiten | | |
| 2 | große Schwierigkeiten | | |

Soziale Funktion / Wohlbefinden

6. Welchen Teil der Zeit haben Sie sich ruhig und zufrieden gefühlt?
- | | | | |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | die ganze Zeit | 4 | einige Zeit |
| 2 | die meiste Zeit | 5 | einen kleinen Teil der Zeit |
| 3 | einen guten Teil der Zeit | 6 | gar nicht |
7. Welchen Teil der Zeit haben Sie sich von den Leuten um Sie herum isoliert?
- | | | | |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | die ganze Zeit | 4 | einige Zeit |
| 2 | die meiste Zeit | 5 | einen kleinen Teil der Zeit |
| 3 | einen guten Teil der Zeit | 6 | gar nicht |
8. Welchen Teil der Zeit waren Sie reizbar Ihren Mitmenschen gegenüber?
- | | | | |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | die ganze Zeit | 4 | einige Zeit |
| 2 | die meiste Zeit | 5 | einen kleinen Teil der Zeit |
| 3 | einen guten Teil der Zeit | 6 | gar nicht |
9. Wie oft sind Sie früh oder mehrmals während der Nacht aufgewacht?
- | | | | |
|---|-----------------------------|---|---------------|
| 1 | jede Nacht | 4 | einige Nächte |
| 2 | die meisten Nächte | 5 | eine Nacht |
| 3 | einen guten Teil der Nächte | 6 | gar nicht |
10. Wie oft hat Sie Ihre Gesichtsfunktion davon abgehalten zum Essen auszugehen oder an familiären bzw. sozialen Ereignissen teilzunehmen?
- | | | | |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | die ganze Zeit | 4 | einige Zeit |
| 2 | die meiste Zeit | 5 | einen kleinen Teil der Zeit |
| 3 | einen guten Teil der Zeit | 6 | gar nicht |

Punktzahlen

1. Physische Funktion

Gesamtpunktzahl N:N x 100/4

2. Soziale Funktion / Wohlbefinden

Gesamtpunktzahl N:N x 100/5