

Funktionelle Beschwerden, Schmerzen oder Einschränkungen

.....
Patient/in

.....
Geburtsdatum

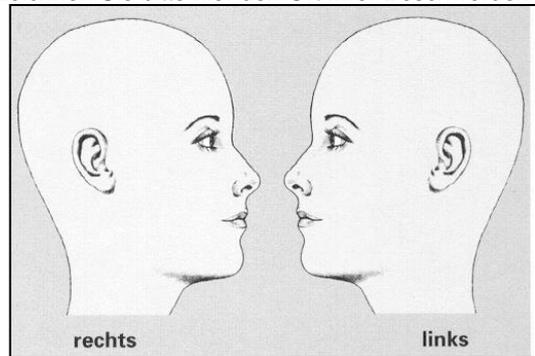
.....
Datum

**Alle Fragen sind zeitlich unbegrenzt und rückwärts bzw. lebenslang zu verstehen.
Es wird nur nach dem ersten Auftreten gefragt. Das heißt nur ob bekannt: Ja oder Nein.
Bitte kreuzen Sie an oder kreisen Sie ihre Auswahl ein.**

Vorgeschichte:

*Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Beschreibungen an
Und legen Sie die Möglichkeiten durch einkreisen fest.*

Zeichnen Sie bitte hier den Ort Ihrer Beschwerden ein.



Schmerzen: Sie leiden unter ...

- I.
- Zahnschmerzen (atypisch, wechselnd)
 - Kopfschmerzen mit Migräne
 - Nackenverspannung
 - Schmerzen in der Schläfenregion
 - Schmerzen vor dem Ohr (Kiefergelenk)
 - Schmerzen bei der Mundöffnung (schnell oder weit)
 - Schmerzen beim Zubeißen bzw. Kauen
 - Schmerzen an Wirbelsäule Hals Brust
 Lende Schulter L/R Hüfte L/R
 Rücken (oben, mitte, unten)

II.

- Schwindel (ohne äußeren Auslöser)
- Tinnitus (Geräusch von innen) Hörminderung
- Hörsturz (Kurzfristiger, starker Hörverlust)

Beschwerden:

- Die Beschwerden treten zu bestimmten Tageszeiten auf.
- Die Beschwerden haben sich in den letzten WO verändert.
- Die Beschwerden gehen im Urlaub zurück.
- Die Beschwerden beeinträchtigen meine Leistungskraft.
- Es ging ein Unfall o.ä. im Schulter- oder Kopfber. voraus.
- Die Beschwerden beeinträchtigen meine Lebensqualität.

Vorbehandlungen

- Ich war/bin wegen der Beschwerden in ärztl. Behandlung:
- Hausarzt Orthopädie Neurologie HNO
- Psychiater Psychologe andere:
.....
- Ich war/bin deswegen in physiotherap. Behandlung.
- Mir wurden orthopädische Schuheinlagen verordnet.
- Ich hatte eine kieferorthop. Behandlung (Zahnklammer).
- Ich habe festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate).
- Ich habe herausnehmbaren Zahnersatz (Teil-/Vollprothese).
- Ich hatte eine schwierige Weisheitszahnoperation.
- Ich hatte eine Schienenbehandlung.

Weitere Beobachtungen:

- Ich habe Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafen, Morgens müde).
- Ich leide unter einer schlafbezogenen Atmungsstörung (Schnarchen, Atemaussetzer).
- Manchmal springt ein Wirbel heraus, oder ist blockiert.
- Bei Bewegungen der Halswirbelsäule knackt/reibt es manchmal.
- Die Zähne passen „nicht richtig aufeinander“.
- Beim Kauen knacken oder reiben die Kiefergelenke.
- Der Mund lässt sich nur eingeschränkt öffnen.
- Nach Anstrengung (körperlich oder psychisch) beiße ich die Zähne zusammen.
- Meine Zähne sind oft in Zahnkontakt. (passiv, ohne Kraft)
- Ich presse mit den Zähnen.
- Ich knirsche mit den Zähnen. (kleine UK-Bewegung)
- Einzelne Zähne sind sehr temperaturempfindlich.
- Mundtrockenheit oder (Zungen-) Brennen treten häufig auf.
- Taubheitsgefühle treten im Gesicht auf.

Wo genau?

- Taubheitsgefühle treten in den Armen/Händen auf.
- Taubheitsgefühle in den Fingern.

Welche Finger?

Welche Seite? links rechts beidseitig