

# Symptom Fragebogen

Deutsche Version – Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Patient/Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## Schmerz

1. Hatten Sie jemals Schmerzen im Bereich Ihres Kiefers, Ihrer Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren?  Ja  Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.

2. Vor wie vielen Jahren bzw. Monaten trat der Schmerz in Ihrem Kiefer, Schläfe, in bzw. vor dem Ohr zum ersten mal auf? \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Monaten

3. Welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt irgendeinen Schmerz in Ihrem Kiefer, Ihren Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren in den vergangenen 30 Tagen am Besten? Wählen Sie bitte EINE Antwort aus.

kein Schmerz  Schmerz kommt und geht  dauerhafter Schmerz

Wenn Sie kein Schmerz angekreuzt haben, dann fahren Sie fort mit Frage 5.

4. Veränderte eine der folgenden Aktivitäten irgendeinen Schmerz in Ihrem Kiefer, Ihren Schläfen, in bzw. vor einem Ihrer Ohren?

A) Kauen harter oder zäher Nahrungsmittel  Ja  Nein

B) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite  Ja  Nein

C) Kiefergewohnheiten wie: pressen, knirschen, Kaugummi kauen  Ja  Nein

D) Andere Kieferaktivitäten wie: sprechen, küssen oder gähnen  Ja  Nein

## Kopfschmerz

5. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen irgendeinen Kopfschmerz, bei welchem die Schläfenregion mit inbegriffen war?  Ja  Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 8.

6. Vor wie vielen Jahren bzw. Monaten trat Ihr Schläfenkopfschmerz zum ersten mal auf? \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Monaten

7. Veränderte eine der folgenden Aktivitäten irgendeinen Kopfschmerz in Ihren Schläfenbereichen? (verbessert bzw. verschlechtert)

A) Kauen harter oder zäher Nahrungsmittel  Ja  Nein

B) Mundöffnung oder Bewegungen des Kiefers nach vorn oder zur Seite  Ja  Nein

C) Kiefergewohnheiten wie: pressen, knirschen, Kaugummi kauen  Ja  Nein

D) Andere Kieferaktivitäten wie: sprechen, küssen oder gähnen  Ja  Nein

## Kiefergelenksgeräusche

8. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen während Kieferbewegungen bzw. Kieferaktivitäten irgendein Gelenkgeräusch?  Ja  Nein

## Sperre der Mundöffnung

9. Hatten Sie jemals eine Kiefersperre oder ein Einklemmungsgefühl, auch nur für einen Moment, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen konnten?  Ja  Nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.

<p><b>10. War Ihre Kiefersperre oder das Einklemmungsgefühl so massiv, dass Ihre Mundöffnung eingeschränkt und Ihr Essvermögen gestört war?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>11. Konnten Sie aufgrund der Kiefersperre Ihren Mund in den vergangenen 30 Tagen nicht vollständig öffnen, auch nur für einen Moment, und dann löste sich die Sperre und der Kiefer war frei beweglich?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann fahren Sie fort mit Frage 13.</p>
<p><b>12. Leiden Sie momentan unter einer Kiefersperre bzw. Einschränkung, sodass Sie Ihren Kiefer nicht vollständig öffnen können?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>Sperre der Mundschließung</b></p>
<p><b>13. Hatten Sie in den vergangenen 30 Tagen bei einer weiten Mundöffnung eine Kiefersperre bzw. Einklemmungsgefühl, auch nur für einen Moment, sodass Sie Ihren Kiefer aus dieser weit geöffneten Position nicht schließen konnten?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann können Sie den Fragebogen beenden.</p>
<p><b>14. Mussten Sie in den vergangenen 30 Tagen aufgrund einer Kiefersperre oder Einklemmungsgefühl bei einer weiten Mundöffnung etwas tun, wie z.B. ruhen, bewegen, drücken oder manövrieren, um den Kiefer wieder zu schließen?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Quelle: nicht validierte deutsche Übersetzung des Symptomfragebogens der Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders 2014