# FRAGEBOGEN BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN

**Patient(in):** **geb.:** **Datum:**

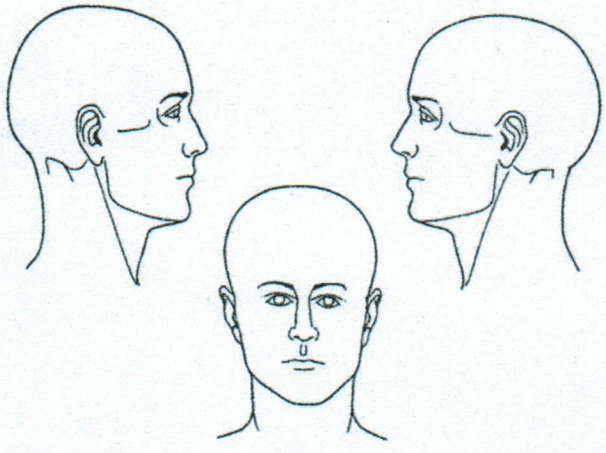
**Wir möchten Sie bitten, nachfolgend die auf Sie zutreffenden Fragen zu Ihrem Befinden im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich anzukreuzen, um den Behandlungsverlauf kontrollieren zu können. Bitte geben Sie möglichst auch den durchschnittlichen Grad Ihrer Beschwerden an, wobei 0 keine und 10 der max. vorstellbare Schweregrad ist. Zeichnen Sie bitte in die jeweiligen Schemata den Ort Ihrer Beschwerden zur grafischen Schmerzlokalisation ein.**

| A – Zahnbezogene Symptome | rechts | 1 – 10 | links | 1 – 10 |
|---|---|---|---|---|
| *1) Pressen oder Knirschen d. Zähne* | | | | |
| *2) Zahnschmerzen, empfindliche Zahnhälse* | | | | |
| *3) Zahnlockerung* | | | | |
| *4) „Die Zähne passen nicht richtig aufeinander"* | | | | |
| *5) Kauen Sie nur auf einer Seite* | | | | |

| B – Kiefergelenksymptome | rechts | 1 – 10 | links | 1 – 10 |
|---|---|---|---|---|
| *1) Schmerzen in den Kiefergelenken* | | | | |
| *2) Knacken* | | | | |
| *3) Reibegeräusche* | | | | |
| *4) Mund geht nicht richtig auf* | | | | |
| *5) Kieferschmerzen* | | | | |

| C – Ohrsymptome | rechts | 1 – 10 | links | 1 – 10 |
|---|---|---|---|---|
| *1) Ohrgeräusche (Tinnitus)* | | | | |
| *2) Hörminderung* | | | | |
| *3) Ohrenschmerzen* | | | | |
| *4) Druckgefühl auf den Ohren* | | | | |
| *5) Schwindel* | | | | |
| *Abklärung durch HNO am:* | | | | |

| D – Symptome Kopf- und Gesichtsbereich | rechts | 1 – 10 | links | 1 – 10 |
|---|---|---|---|---|
| *1) Kopfschmerzen im Bereich Scheitel* | | | | |
| *hinter den Augen* | | | | |
| *Schläfen* | | | | |
| *Hinterhaupt* | | | | |
| *2) Verspannungen beim Aufwachen* | | | | |
| *3) Sonstiges* | | | | |
| *Abklärung durch Neurologie/ Orthopädie am:* | | | | |

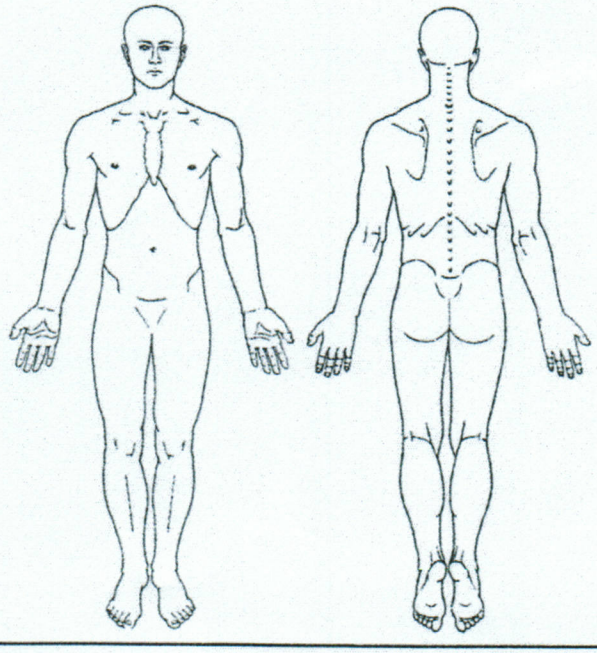


| Allgemeine Symptome | ja | nein |
|---|---|---|
| *Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf* ☐ *Morgens* ☐ *Im Laufe des Tages* ☐ *Abends* | | |
| *Gehen die Beschwerden im Urlaub zurück* | | |
| *Sind die Beschwerden so stark, dass Sie tagsüber daran erinnert werden* | | |

| E – Augensymptome | rechts | 1 – 10 | links | 1 – 10 |
|---|---|---|---|---|
| *1) Augenflimmern* | | | | |
| *2) Schmerzen hinter den Augen* | | | | |
| *3) Doppeltsehen* | | | | |
| *4) Lichtempfindlichkeit* | | | | |
| *5) Sehstörungen* | | | | |
| *Abklärung durch Augenheilkunde am:* | | | | |

| F – Vegetative Symptome | | 1 – 10 |
|---|---|---|
| *1) Herzrhythmusstörung* | | |
| *2) Verdauungsstörungen* | | |
| *3) Abgeschlagenheit* | | |
| *4) Müdigkeit* | | |
| *5) Stimmungsschwankungen* | | |
| *6) Konzentrationsstörungen* | | |

| G – Symptome Nacken und Rückene | rechts | 1 – 10 | links | 1 – 10 |
|---|---|---|---|---|
| *1) Nackensteifigkeit* | | | | |
| *2) Nackenschmerzen* | | | | |
| *3) Aufsteigend zu Kopfschmerzen* | | | | |
| *4) Ausstrahlung zu den Schultern* | | | | |
| *den Armen* | | | | |
| *den Händen* | | | | |
| *den Fingern* | | | | |
| *5) Ausstrahlung zu den Schulterblättern* | | | | |
| *6) Ausstrahlung in d. Brustwirbelsäulenbereich* | | | | |
| *7) Schmerzen der Lendenwirbelsäule* | | | | |
| *8) Ausstrahlung ins Becken* | | | | |
| *in die Beine* | | | | |
| *9) Schmerzen in den Knien* | | | | |
| *in den Füßen* | | | | |
| *Abklärung durch Neurologie/ Orthopädie am:* | | | | |



© Dr. Boisserée, Köln

# FRAGEBOGEN BEHANDLUNGSGESCHICHTE

**Patient(in):** **geb.:** **Datum:**

Mit welchen Beschwerden suchen Sie uns **jetzt** auf?

Außerdem möchten wir Sie bitten, möglichst chronologisch den Verlauf der Behandlung Ihrer Erkrankung aufzuführen.

| Datum | Behandler / Fachrichtung | Diagnostik / Behandlung |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

© Dr. Boisserée, Köln

**Patient:** **geb.:** **Datum:**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung der vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute sehr genau, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die folgenden Fragen auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.
Die Beantwortung der Fragen ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten sie jedoch, jede Frage zu beantworten und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen sie bitte keine Fragen aus. Überlegen sie bitte nicht lange, sondern wählen sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

| | |
|---|---|
| Ich fühle mich angestrengt oder überreizt.<br>☐ meistens<br>☐ oft<br>☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich<br>☐ überhaupt nicht | Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.<br>☐ fast immer<br>☐ sehr oft<br>☐ manchmal<br>☐ überhaupt nicht |
| Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.<br>☐ ganz genau so<br>☐ nicht ganz so sehr<br>☐ nur noch ein wenig<br>☐ kaum oder gar nicht | In habe manchmal ein ängstliche Gefühl in der Magengegend.<br>☐ überhaupt nicht<br>☐ gelegentlich<br>☐ ziemlich oft<br>☐ sehr oft |
| Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.<br>☐ ja, sehr stark<br>☐ ja aber nicht allzu stark<br>☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen<br>☐ überhaupt nicht | Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.<br>☐ ja, stimmt genau<br>☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte<br>☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum<br>☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer |
| Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.<br>☐ ja, so viel wie immer<br>☐ nicht mehr ganz so viel<br>☐ inzwischen viel weniger<br>☐ überhaupt nicht | Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.<br>☐ ja, tatsächlich sehr<br>☐ ziemlich<br>☐ nicht sehr<br>☐ überhaupt nicht |
| Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.<br>☐ einen Großteil der Zeit<br>☐ verhältnismäßig oft<br>☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft<br>☐ nur gelegentlich oder nie | Ich blicke mit Freude in die Zukunft.<br>☐ ja sehr<br>☐ eher weniger als früher<br>☐ viel weniger als früher<br>☐ kaum bis gar nicht |
| Ich fühle mich glücklich.<br>☐ überhaupt nicht<br>☐ selten<br>☐ manchmal<br>☐ meistens | Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.<br>☐ ja, tatsächlich sehr oft<br>☐ ziemlich oft<br>☐ nicht sehr oft<br>☐ überhaupt nicht |
| Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.<br>☐ ja, natürlich<br>☐ gewöhnlich schon<br>☐ nicht oft<br>☐ überhaupt nicht | Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.<br>☐ oft<br>☐ manchmal<br>☐ eher selten<br>☐ sehr selten |

**Patient:** **geb.:** **Datum:**

# Chronifizierung: Gerbershagen

| Achse 1: Zeitliche Aspekte | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Auftretenshäufigkeit der Schmerzen und Beschwerden** | | | | |
| • einmal täglich oder seltener | 1 | | | |
| • mehrmals täglich | 2 | | | |
| • dauernd | 3 | | | |
| **Dauer der Schmerzen und Beschwerden** | | | | |
| • bis zu mehreren Stunden | 1 | (3-9) | 3 = I | |
| • mehrere Tage | 2 | | 4-6 = II | |
| • länger als eine Woche oder dauernd | 3 | | 6-9 = III | |
| **Intensitätswechsel der Schmerzen und Beschwerden** | | | | |
| • häufig | 1 | | | |
| • gelegentlich | 2 | | | |
| • nie | 3 | | | |

| Achse 2: Räumliche Aspekte | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Schmerzbild** | | | | |
| • eine Region | 1 | (1-3) | 1 = I | |
| • zwei Regionen | 2 | | 2 = II | |
| • mehr als zwei Regionen | 3 | | 3 = III | |

| Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Medikamenteneinnahme** | | | | |
| • unregelmäßiger Gebrauch von max. 2 peripheren Schmerzmedikamenten | 1 | | | |
| • maximal 3 periphere Schmerzmedikamente, höchstens 2 regelmäßig | 2 | | | |
| • regelmäßig mehr als 2 periphere Schmerzmedikamenten oder zentral wirkende Analgetika | 3 | (2-6) | 2 = I | |
| **Anzahl der Entzugsbehandlungen wegen Medikamenteneinnahmen** | | | 3-4 = II | |
| • keine | 1 | | 5-6 = III | |
| • eine | 2 | | | |
| • mehr als eine Entzugsbehandlung | 3 | | | |

| Achse 4: Patientenkariere | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Wechsel des persönliches Arztes** | | | | |
| • kein Wechsel des Arztes | 1 | | | |
| • max. 3 Wechsel | 2 | | | |
| • mehr als 3 Wechsel | 3 | | | |
| **Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte** | | | | |
| • bis 1 mal | 1 | | | |
| • 2 bis 3 mal | 2 | | | |
| • mehr als 3 mal | 3 | (4-12) | 4 = I | |
| **Schmerzbedingte Operationen** | | | 5-8 = II | |
| • bis 1 mal | 1 | | 9-12 = III | |
| • 2 bis 3 mal | 2 | | | |
| • mehr als 3 mal | 3 | | | |
| **Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen** | | | | |
| • keine | 1 | | | |
| • bis 2 | 2 | | | |
| • mehr als 2 | 3 | | | |

| Gesamtbewertung | | | |
|---|---|---|---|
| Kommentar | Addition der Achsenstadien (4-12) | | (4-12) |
| | Gesamtstadium | | |
| | | 4-6 = I | |
| | | 7-8 = II | |
| | | 9-12 = III | |