

## Fragebogen zu Beschwerden der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur

Datum: \_\_\_\_\_

### Schmerz

1. Hatten Sie jemals auf einer beliebigen Seite Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr?

- nein (0)  
 ja (1)

2. Falls ja, vor wie vielen Monaten /Jahren begannen Ihre Schmerzen im Kiefer, im Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr?

\_\_\_\_\_ Monate / \_\_\_\_\_ Jahre

3. Welche der folgenden Antworten beschreibt die in den letzten 30 Tagen bei Ihnen aufgetretenen Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr am besten?

Bitte *eine* Antwort auswählen.

- keine Schmerzen (0)  
 Die Schmerzen kommen und gehen. (1)  
 Die Schmerzen sind durchgehend vorhanden. (2)

4. Haben die Schmerzen im Kiefer, Schläfenbereich, im Ohr oder vor dem Ohr die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?

- keine Veränderung der Aktivität (a)  
 Kauen von harten oder zähen Nahrungsmitteln (b)  
 Öffnen des Mundes oder Vorwärts- bzw. Seitwärtsbewegung des Kiefers (c)  
 Angewohnheiten wie Aufeinanderpressen der Zähne, Zähneknirschen, Kaugummikauen (d)  
 andere Kieferbewegungen wie Sprechen, Küssen oder Gähnen (e)

### Kopfschmerzen

5. Hatten Sie während der letzten 30 Tage Kopfschmerzen, die im Schläfenbereich auftraten?

- nein (0)  
 ja (1)

6. Vor wie vielen Monaten /Jahren begannen Ihre Kopfschmerzen im Schläfenbereich?

\_\_\_\_\_ Monate / \_\_\_\_\_ Jahre

7. Haben die folgenden Aktivitäten während der letzten 30 Tage Ihre Kopfschmerzen auf einer beliebigen Seite verändert (verbessert bzw. verschlechtert)?

- keine Veränderung der Aktivität (a)
- Kauen von harten oder zähen Nahrungsmitteln (b)
- Öffnen des Mundes oder Vorwärts- bzw. Seitwärtsbewegung des Kiefers (c)
- Angewohnheiten wie Aufeinanderpressen der Zähne, Zähneknirschen, Kaugummikauen (d)
- andere Kieferbewegungen wie Sprechen, Küssen oder Gähnen (e)

### Kiefergelenkgeräusche

8. Sind bei Ihnen in den letzten 30 Tagen Kiefergelenkgeräusche aufgetreten, wenn Sie Ihren Kiefer bewegt haben?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)

### Kieferklemme

9. Hatten Sie jemals, wenn auch nur kurzzeitig, eine Kieferklemme, sodass sich Ihr Mund nicht vollständig öffnen ließ?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)

10. War Ihre Kieferklemme ausgeprägt genug, um Ihre Mundöffnung einzuschränken oder Probleme beim Essen zu verursachen?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)

**11.** Hatten Sie in den letzten 30 Tagen eine Kieferklemme, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen konnten und löste sich diese anschließend, sodass Sie den Mund wieder vollständig öffnen konnten?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)

**12.** Ist Ihr Kiefer derzeit blockiert oder eingeschränkt, sodass Sie den Mund nicht vollständig öffnen können?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)

## Mundschlussbehinderung

**13.** Ist es in den letzten 30 Tagen vorgekommen, dass Ihr Kiefer bei weiter Mundöffnung blockierte bzw. sich verklemmte, sodass Sie den Mund von dieser weit geöffneten Position aus nicht mehr schließen konnten?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)

**14.** Ist es in den letzten 30 Tagen vorgekommen, dass Sie etwas unternehmen mussten, als Ihr Kiefer blockiert oder verklemmt war, um den Mund wieder schließen zu können, z. B. entspannen, bewegen, drücken oder manövrieren?

- nein (0)
- ja, rechts (1)
- links (2)
- beidseits (3)
- unklar (4)