

## CMD-Fragebogen / Schmerz-Fragebogen

Um die Ursachen Ihrer Beschwerden und/oder Schmerzen besser analysieren zu können und somit eine speziell auf Ihre Beschwerden abgestimmte Therapie durchführen zu können, bitten wir Sie, sich ein wenig Zeit für die Beantwortung der folgenden Fragen zu nehmen.

### Persönliche Daten:

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  
 getrennt lebend  geschieden  
 verwitwet

Bitte geben Sie Ihren höchsten Bildungsabschluss an:

Kein Abschluss  Hauptschulabschluss  
 Realschulabschluss  Fachhochschulreife  
 Abitur  Hochschulabschluss  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit an:

\_\_\_\_\_

A) Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bezeichnen?

Sehr gut  gut  
 mäßig  schlecht

B) Wie würden Sie Ihre Mundgesundheit einschätzen?

Sehr gut  gut  
 mäßig  schlecht

C) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen im Gesicht, einem oder beiden Kiefern, den Schläfen, im Ohrbereich, im Nacken-/Hals oder Schulterbereich?

Ja  nein

Wenn ja, wo bevorzugt?

Rechts  
 links  
 beidseitig

Sind Unterkieferbewegungen oder Kaufunktion beeinträchtigt oder schmerzhaft?

Ja  nein

Wenn ja, bitte kurz erläutern:

---



---



---

Bitte wenden⇒

Wie würden Sie die Häufigkeit Ihrer Beschwerden und deren Charakter beschreiben?

- Einmal im Monat
- attackenartig
- andauernd

- Einmal in der Woche
- wellenartig

- täglich
- einschließend

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits bei einem Arzt?

Ja

Nein

Wenn ja, bei wie vielen/ bei wem?

Anzahl: \_\_\_\_\_

Nachfolgende Fragen schätzen Sie bitte anhand einer Skala von 0 bis 10 wobei 10 die maximal vorstellbare Stärke bedeutet.

1. Wie stark sind Ihrer derzeitigen Schmerzen? (Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Kein Schmerz stärkster Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wie intensiv war Ihr stärkster Schmerz? (Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Kein Schmerz stärkster Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Wie intensiv war Ihr durchschnittlicher Schmerz? (Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Kein Schmerz stärkster Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

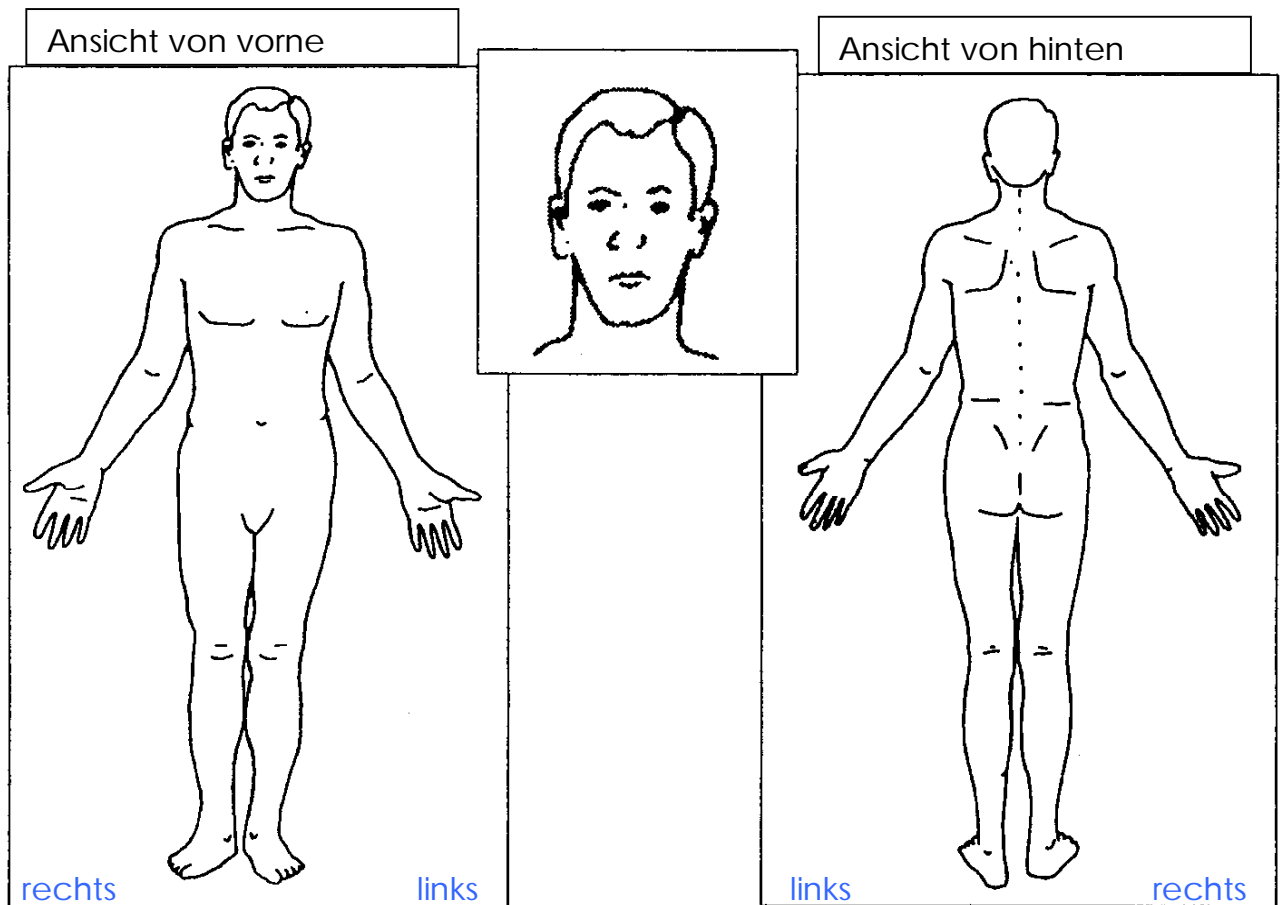
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Haben Sie noch in anderen Körperregionen Beschwerden?

Ja

Nein

Zeichnen Sie bitte Ihre Beschwerden hier ein (Kopfbereich und ggf. Körperschmerzen)



Bitte wenden →

Nachfolgende Fragen zum Schmerz /zur Beeinträchtigung schätzen Sie bitte anhand einer Skala von 0 bis 10 wobei 10 die maximal vorstellbare Stärke bedeutet.

1. Leiden Sie an einem brennenden Schmerz in den eingezeichneten Bereichen?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Haben Sie Prickel- oder Kribbelgefühl (Ameisenlaufen; Stromkribbeln) im eingezeichneten Bereich?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist leichte Berührung im eingezeichneten Bereich schmerzhaft?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ist Wärme oder Kälte im eingezeichneten Bereich schmerzhaft?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie im eingezeichneten Bereich Taubheitsgefühl?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ist Druck im eingezeichneten Bereich schmerzhaft?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie sehr fühlten Sie sich im letzten Monat bei alltäglichen Aufgaben beeinträchtigt?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie sehr fühlten Sie sich im letzten Monat bei Ihren beruflichen Aktivitäten/Hausarbeit beeinträchtigt?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie sehr fühlten Sie sich im letzten Monat im Familien- und Freizeitbereich beeinträchtigt?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie stark haben sich Ihr Familienleben, Ihre sozialen Kontakte und Ihre Fähigkeit sich zu erholen durch Ihren Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten verändert?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Gar nicht extrem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie fühlten Sie sich stimmungsmäßig in den letzten Wochen?  
(Bitte auf einer Skala von 1 bis 10 auswählen)

Sehr schlecht hervorragend

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten nicht Ihrer normalen Beschäftigung nachgehen ( 0-100 Tage) : \_\_\_\_\_Tage (Bitte wenden⇒)

## Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen?

Einige der Worte, die unten aufgeführt sind beschreiben Ihre augenblicklichen Schmerzen. Nachfolgend finden Sie 20 Wortgruppen.

**Unterstreichen Sie pro Wortgruppe ein Wort, das Ihre Schmerzempfindung wiedergibt. Lassen Sie diejenigen Wortgruppen weg, die nicht auf Sie zutreffen.**

Beispiel:

<p>pulsierend Klopfend <u>Hämmernd</u> pochend</p>
----------------------------------------------------------------

<p><b>1</b></p> <p>pulsierend klopfend hämmernd pochend</p>	<p><b>2</b></p> <p>durchzuckend einschießend blitzartig elektrisierend</p>	<p><b>3</b></p> <p>spitz stechend bohrend wühlend</p>	<p><b>4</b></p> <p>durchtrennend scharf schneidend zerreißend sägend</p>
<p><b>5</b></p> <p>dumpf drückend zermalmend schwer</p>	<p><b>6</b></p> <p>ziehend zerrend reißend dehnend</p>	<p><b>7</b></p> <p>heiß brennend glühend siedend</p>	<p><b>8</b></p> <p>kribbelnd juckend beißend</p>
<p><b>9</b></p> <p>empfindlich weh wund gefühllos</p>	<p><b>10</b></p> <p>kühl kalt eisig</p>	<p><b>11</b></p> <p>kneifend klemmend krampfartig nagend</p>	<p><b>12</b></p> <p>wellenförmig wehenartig kolikartig</p>
<p><b>13</b></p> <p>beengend beklemmend würgend</p>	<p><b>14</b></p> <p>ermüdend erschöpfend betäubend zermürend</p>	<p><b>15</b></p> <p>schweißtreibend Übelkeit erregend Ohnmacht hervorrufend erstickend</p>	<p><b>16</b></p> <p>plagend quälend marternd grausam peinigend</p>
<p><b>17</b></p> <p>beunruhigend beängstigend furchterregend erschreckend</p>	<p><b>18</b></p> <p>unangenehm störend lästig scheußlich</p>	<p><b>19</b></p> <p>umschrieben ausstrahlend ausbreitend</p>	<p><b>20</b></p> <p>wütend rasend mörderisch vernichtend</p>

(Bernese Pain Questionnaire, Radvila et al 1987)

Bitte wenden⇒

Wann haben Ihre Beschwerden begonnen? \_\_\_\_\_

Wie haben Ihre Beschwerden begonnen?

plötzlich

schleichend

Gab es einen zeitlichen Zusammenhang zu anderen Ereignissen?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Treten noch andere Beschwerden im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen auf?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Faktoren beeinflussen Ihre Beschwerden?

⇒ körperliche Belastung

Verbesserung

Verschlechterung

⇒ Ruhe

Verbesserung

Verschlechterung

⇒ Emotionale Belastung/Stress

Verbesserung

Verschlechterung

⇒ Kälte

Verbesserung

Verschlechterung

⇒ Wärme

Verbesserung

Verschlechterung

⇒ Bewegungen

Verbesserung

Verschlechterung

⇒ Einnahme von Medikamenten

Verbesserung

Verschlechterung

Welche Erklärungen haben Sie für Ihre Beschwerden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit