

Graduierung chronischer Schmerzen

Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich werden am häufigsten verursacht von den Zähnen oder durch Funktionsstörungen des Kauorgans. Wichtig für die Diagnostik und Therapieplanung ist eine Abschätzung, ob vorliegende Schmerzen bereits chronifiziert sind. In diesem Fall sollte eine somatische Behandlung durch eine psychosomatische Behandlung ergänzt oder ersetzt werden.

Stress in der Arbeit, der Schule oder privat

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"/>

Ängste oder depressive Verstimmung

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"/>

Schlechter Schlaf, Schnarchen oder Atemaussetzer

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"/>

Unruhe, Grübelei

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"/>

Frage 1: An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

an _____ Tag/Tagen

Frage 2: Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

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"/>	
keine Schmerzen										unerträgliche Schmerzen

Frage 3: Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

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"/>	
keine Schmerzen										unerträgliche Schmerzen

Frage 4: Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Schmerzen einstufen?

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"/>	
keine Schmerzen										unerträgliche Schmerzen

Frage 5: Inwieweit haben Sie Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt?

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"/>

Frage 6: Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien- und Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

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"/>

Frage 7: Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

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"/>

Anschrift

Am Schöfflerbach 1
86153 Augsburg

Kontakt

Tel. 0821-650 22 50
Fax 0821-650 22 522

info@team-dentalis.de
www.team-dentalis.de

Fachkompetenz für Zahnmedizin

Dr. med. dent. Jaroslav Chrobot

- Spezialist für Implantologie (EDA, BDIZ zert.)
- Ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ zert.)
- Minimalinvasive Chirurgie/ OP-Techniken
- Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie Premium Zahnersatz

Dr. med. dent. Christian Scholibo

- Funktionsdiagnostik und Therapie des oberen Halte- und Bewegungsapparates (zert. nach LZÄKH)
- Endodontologie (DGET zert.)
- Ästhetische Zahnheilkunde

ZA MSc. Uğur Oezcan

- Moderne und ästhetische Kieferorthopädie
- Unsichtbare Zahnregulierung – Invisalign
- Schnarchtherapie

Dr. Julia Sandhoff

- Allgemeine Zahnheilkunde
- Kieferorthopädie
- Kinderzahnheilkunde

Und Kollegen

- Netzwerk Gesundheit
- Im Verbund mit Fachärzten Orthopädie, Radiologie, Psychologie und Traumatologie, sowie Osteopathen und Physiotherapeuten



Mehr Informationen finden Sie auf www.team-dentalis.de

Ihre Antworten dienen zur zusätzlichen Information und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.