

Deel I

Wilt u de volgende persoonsgegevens invullen? Datum:

Naam (met voorletters): 0 man 0 vrouw

Geboortedatum: telefoonnr. 0.....-

Adres : postcode:

Woonplaats :

Verzekerd bij :

-burgerlijke staat: 0 alleenstaand 0 gehuwd / samenwonend
0 gescheiden 0 weduwe / weduwnaar

-uw beroep?

Wat zijn uw voornaamste klachten? (in volgorde van belangrijkheid)	Wanneer ontstaan?
1	
2	
3	
4	

Hieronder staan een aantal symptomen vermeld. Kunt u aangeven in welke volgorde uw symptomen zijn ontstaan? U doet dit door de symptomen te nummeren. Het symptoom dat zich het eerste voordeed geeft u een "1", het symptoom dat daarna ontstond geeft u een "2" en zo verder tot alle symptomen die u heeft (en heeft gehad) zijn genummerd.

... wijd open blijven staan van de mond	... blokkeren van de kaken
... knappen van de kaken	... pijn bij bewegen van de kaken
... kraken/ schuren van de kaken	... bewegingsbeperking van de onderkaak

Bent u al eerder behandeld voor de klachten waarvoor U nu advies en/ of behandeling vraagt: 0 ja 0 nee

-Zo ja, door wie?

- 0 tandarts
- 0 huisarts
- 0 fysiotherapeut
- 0 psycholoog
- 0 kaakchirurg
- 0 logopedist
- 0 keel-, neus- en oorarts
- 0

Welke therapie?

- 0 spalk
- 0 inslijpen
- 0 oefeningen
- 0

Zijn er al röntgenfoto's gemaakt van uw kaakgewricht(en)? 0 ja 0 nee

Veel aandoeningen veroorzaken pijnklachten. De plaats waar men pijn voelt kan informatie verschaffen over de mogelijke oorzaak van de pijn. Het is daarom van belang, dat de fysiotherapeut precies te weten komt waar u regelmatig pijn heeft

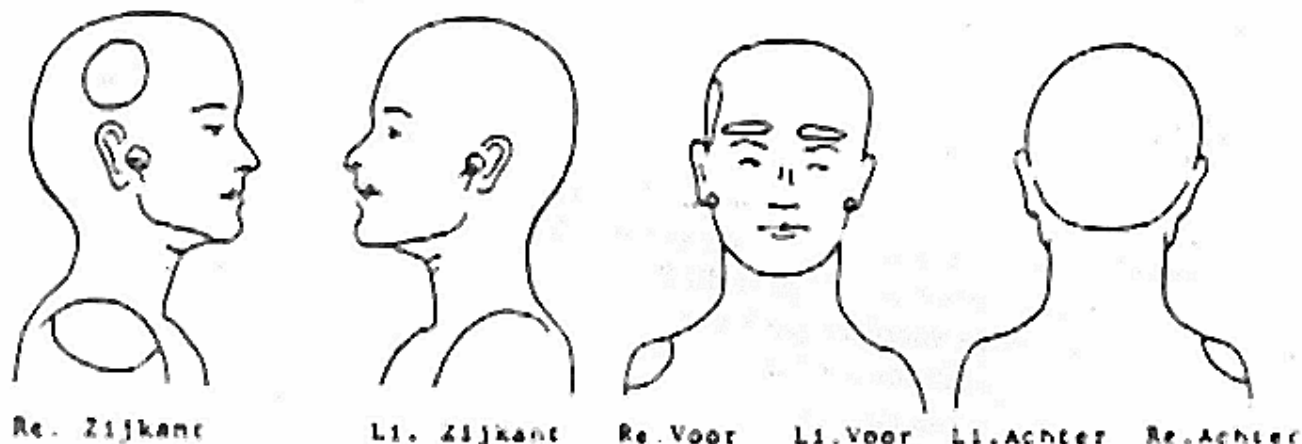
Er volgt nu een aantal vragen die betrekking hebben op eigenschappen van pijnklachten in de kaak, het hoofd, de nek en de schouder.

Mocht u **geen pijnklachten hebben in deze gebieden**, dan kunt u doorgaan naar blz. 6, deel II.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de plaatsen waar u regelmatig pijn voelt, wordt gebruik gemaakt van tekeningen zoals die hieronder staan afgebeeld. Hieronder staan de voorkant, de achterkant, de linker en rechter zijkant van het hoofd, de nek en de schouder weergegeven. Op deze tekeningen kunt u precies aangeven waar u regelmatig pijn voelt. Voor de duidelijkheid volgt hier eerst een eenvoudig voorbeeld.

Op onderstaande tekeningen is aangegeven hoe u duidelijk kunt maken, dat u (bijvoorbeeld) regelmatig pijn heeft in een klein gebied boven de ogen, vaak een drukkend pijnlijk gevoel heeft aan de rechter zijkant van uw hoofd en ook regelmatig pijn voelt in uw rechter schouder en uw kaakgewrichten.

Voorbeeld: pijn boven beide ogen aan de zijkant van het hoofd, in de rechter schouder en in de kaakgewrichten.



Om duidelijk te maken waar u regelmatig pijn voelt gebruikt u de tekeningen op het volgende blad. Op deze tekeningen geeft u alle plaatsen aan waar u regelmatig pijn voelt, of die regelmatig gevoelig zijn. Het is belangrijk dat u deze plaatsen zo nauwkeurig mogelijk omcirkelt.

Let u erop dat u links en rechts niet door elkaar haalt.

Wilt u in het gebied waar u meestal de ergste pijn heeft, het nummer "1" zetten; als deze pijn vrijwel altijd samen gaat met pijn van dezelfde intensiteit in één of meer andere gebieden, dan moet u ook in deze gebieden een "1" zetten.

Hierna zet u in het gebied waar de pijn meestal iets minder erg is, het nummer "2"; gaat deze pijn samen met pijn of gevoeligheid van dezelfde intensiteit in andere gebieden, dan zet u ook in die gebieden het cijfer 2. Op deze manier gaat u door totdat u alle plaatsen die regelmatig pijnlijk of gevoelig zijn van een nummer heeft voorzien.

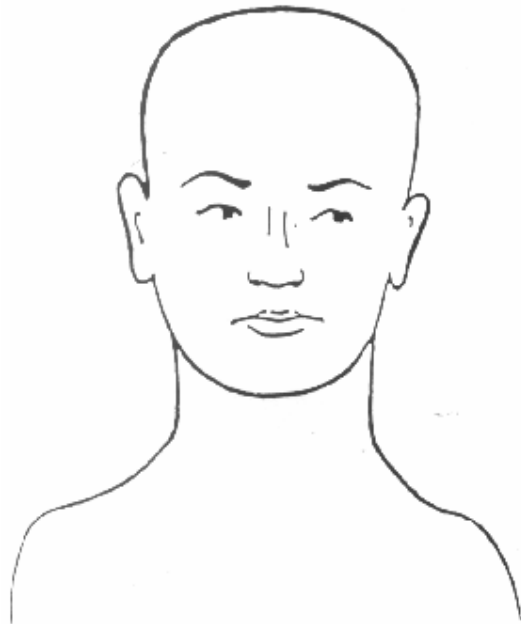
Alléén over de gebieden waar u de ergste pijn ervaart (gebied "1") worden op bladzijde 4 en 5 een aantal vragen gesteld.



RE. ZIJKANT

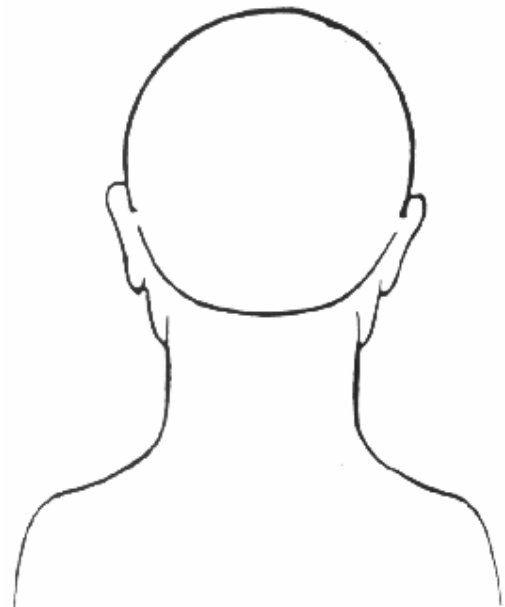


LI. ZIJKANT



RE. VOOR

LI. VOOR



LI. ACHTER

RE. ACHTER

11. Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande factoren van invloed zijn op de pijn die u voelt in gebied "1". Dit doet u door een "0" in te vullen als het genoemde niet van invloed is, een "+" als de pijn er door toeneemt en een "-" als de pijn er door afneemt.

... bepaalde bewegingen van uw kaak	... bepaalde bewegingen van uw nek
... bepaalde bewegingen van uw gezicht	... na de maaltijd
... bepaalde bewegingen van uw schouder	... na veel praten
... koude	... warmte
... lawaai	... fel licht
... als u zich teleurgesteld voelt	... als u nerveus of onrustig bent
... als u ergens verdrietig over bent	... als u ergens tegenop ziet
... als u ergens over blijft twijfelen	... als u zich zorgen maakt
... lichamelijke inspanning	... rust
... geestelijke inspanning	... massage
... als u onvoldoende heeft geslapen	... vermoeidheid
... als u erg veel heeft geslapen	... als u leest

12. Heeft u bepaalde manieren ontdekt of geleerd om de pijn in gebied "1" te verminderen? Oja Onee
 -Zo ja, welke ?.....

13. In welk dagdeel heeft u vaak last van pijn in gebied "1"?
 's morgens 's middags 's avonds 's nachts

14. Heeft u problemen met het inslapen als gevolg van de pijn in dit gebied?
 nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

15. Wordt u 's nachts wakker van deze pijn?
 nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

16. Heeft u met name pijnklachten in het weekend?
 ja nee

Deel II

1. Maken uw kaakgewrichten een schurend geluid bij het bewegen van uw onderkaak?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
2. Maken uw kaakgewrichten (kortdurende) knappende geluiden bij het bewegen van uw onderkaak?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
-Zo niet, hebben ze dat vroeger wel gedaan?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
3. Kunt u de mond alleen wijd openen als u een bepaalde beweging maakt met uw onderkaak, waarbij de kaak een kortdurend knappend geluid maakt? 0 ja 0 nee
4. Blijven uw kaakgewrichten wel eens enkele seconden of langer vastzitten? (dit wordt ook wel blokkeren of op slot zitten genoemd)
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
-Zo ja, hoe lang duurt zo'n blokkade meestal?
0 enkele sec. 0 min. 0 uur 0 dag 0 week 0 altijd
-Als uw kaken blokkeren kunt u die blokkade dan zelf opheffen?
0 n.v.t.¹ 0 nooit 0 soms 0 altijd
5. Blijft uw mond wel eens wijd open staan?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
6. Heeft u last van een stijf en/of vermoeid gevoel in uw wang of kauwspieren?
's morgens/'s middags: 0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
overdag: 0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
7. Heeft u last van trillende kaken of kauwspieren?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
8. Heeft u het idee dat u uw mond minder ver open kunt doen dan vroeger? 0 ja 0 nee
9. Voelt u pijn als u uw mond wijd open doet?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
10. Heeft u enige tijd geleden de mond ver en/of wijd open moeten houden (bijv. bij de tandarts of tijdens een narcose)? 0 ja 0 nee
Zo ja, zijn de klachten toen: ontstaan? 0 ja 0 nee
verergerd? 0 ja 0 nee
11. Knarst u met uw tanden? 0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak
12. Klemt u uw tanden of kiezen krachtig op elkaar?
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

¹niet van toepassing

13. Bijt of zuigt u op:
- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| -lip, wang en/of tong | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
| -kauwgom | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
| -nagels | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
| -pen/ potlood | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
14. Doet u aan een bepaalde sport en/of hobby? ja nee
 -Zo ja, welke sport en/of hobby?.....
15. Kunt u voor de navolgende activiteiten en functies van uw kaak aangeven in hoeverre u daarbij wordt gehinderd door uw klachten.
- | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------------|
| -iets groots afbijten (bv. een appel) | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -eten van hard voedsel | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -eten van taai voedsel (bijv. een toffee) | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -eten van zacht voedsel | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -uw werk of dagelijkse bezigheden | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -geeuwen | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -sociale activiteiten (in gezin, met vrienden, uitgaan etc.) | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| -spreken | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
16. Wordt u door klachten gehinderd in de uitoefening van sport en/of hobby? ja nee n.v.t.
17. Hoe is in het algemeen uw slaaphouding? rug buik linker-/rechterzijde wisselt sterk
18. Heeft u een kunstgebit? nee alleen onder alleen boven onder en boven
 -Zo ja, draagt u 's nachts uw kunstgebit?
 nee alleen onder alleen boven onder en boven
19. Maken uw kiezen gelijkmatig contact bij het sluiten van de kaken? ja nee
20. Is de wijze waarop uw tanden en kiezen op elkaar passen de laatste jaren veranderd? ja nee

Deel III

1. .Kunt u het hoofd goed bewegen (draaien/ op en neer)? ja nee
-Zijn er bewegingsbeperkingen bij het bewegen van het hoofd en/ of de nek? ja nee
-Is het bewegen van het hoofd pijnlijk? ja nee
-Hooft of ervaart u geluiden in de nek bij het bewegen van het hoofd? ja nee

2. Kunt u door de nek te bewegen klachten in het hoofd-, arm- en/of borstgebied oproepen? ja nee
-Zo ja, welke? pijn duizeligheid tintelingen

3. Heeft u wel eens een ongeval gehad waarbij de nek en/ of het hoofd betrokken was? ja nee

Zo ja, hoeveel maanden geleden?maanden

4. Heeft u behalve pijn in gebied "1", zoals u eventueel heeft aangegeven op de tekeningen van de hoofdjes, ook hoofdpijn? ja nee
Zo nee, ga door na vraag 5; zo ja:
-Hoe vaak heeft u last van hoofdpijn?
 altijd een of enkele keren per dag
 een of enkele keren per week een of enkele keren per maand minder vaak
-Hoe lang duurt een hoofdpijnaanval in het algemeen?
 enkele seconden enkele minuten een kwartier een uur
 enkele uren een dag langer
-Hoe zou u de pijn tijdens een aanval omschrijven?
 zeurend stekend dof fel dreunend kloppend
-Is er een verband met:
 maaltijden inspanning menstruatie psychische spanning
 verandering van houding
-Heeft u voor of tijdens een hoofdpijnaanval last van:
 misselijkheid rillingen een drukkend gevoel in het hoofd
 overgeven duizeligheid het zien van lichtflitsen/gekleurde vlekken
 pijn bij aanraking van het hoofd

5. Heeft u de afgelopen 6 maanden regelmatig last gehad van de volgende klachten?
 duizeligheid misselijkheid oogklachten oorpijn oorsuizing
 een dof gevoel in het oor oorontsteking
 een zwelling vlak voor het oor voorhoofdsholteontsteking
 kaakholteontsteking neusklachten keelklachten slikklachten
 stemklachten spraakklachten

6. Bent u bang dat uw klachten iets ernstigs inhouden? ja een beetje nee

7. Verricht u arbeid buitenshuis? 0 ja 0 nee
 -hoeveel uren per week?uur 0 n.v.t.
 -rust (evt. naast bovengenoemde werkzaamheden) de zorg voor een huishouden voornamelijk op uw schouders? 0 ja 0 nee
 -Hoeveel dagen kon u de afgelopen 12 maanden vanwege uw klachten uw dagelijkse taken niet uitvoeren? dagen
 -Hoeveel dagen kon u de afgelopen 12 maanden vanwege ziekte (anders dan hiervoor genoemd) uw dagelijkse taken niet uitvoeren? dagen
8. Heeft u een druk leven? 0 ja 0 nee
9. Bent u de afgelopen 2 jaar overspannen geweest? 0 ja 0 nee
10. Hoe vaak heeft u last van:
- | | | | | | |
|-------------------|---------|------------|--------------|--------|-------------|
| -nervositeit | 0 nooit | 0 wel eens | 0 regelmatig | 0 vaak | 0 heel vaak |
| -piekeren | 0 nooit | 0 wel eens | 0 regelmatig | 0 vaak | 0 heel vaak |
| -ergernis | 0 nooit | 0 wel eens | 0 regelmatig | 0 vaak | 0 heel vaak |
| -lusteloosheid | 0 nooit | 0 wel eens | 0 regelmatig | 0 vaak | 0 heel vaak |
| -angst | 0 nooit | 0 wel eens | 0 regelmatig | 0 vaak | 0 heel vaak |
| -neerslachtigheid | 0 nooit | 0 wel eens | 0 regelmatig | 0 vaak | 0 heel vaak |
11. Hoe slaapt u in het algemeen? 0 slecht 0 redelijk 0 goed 0 uitstekend
12. Hebben zich de afgelopen 2 jaar in uw privé-leven en/ of uw werksituatie ingrijpende veranderingen voorgedaan? 0 ja 0 nee
 -Zo ja, welke?

13. Doen zich de laatste tijd regelmatig gebeurtenissen/ situaties voor waaraan u zich ergert, die u vervelend vindt of waardoor u teleurgesteld wordt? 0 ja 0 nee
 -Zo ja, welke?

14. Zijn er problemen in uw naaste omgeving die u veel zorg geven? 0 ja 0 nee
 -Zo ja, welke?

15. Wilt u aangeven in hoeverre u het met de navolgende uitspraken eens bent?
- Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet.*
 0 beslist eens 0 eens 0 enigszins eens 0 enigszins oneens
 0 oneens 0 beslist oneens
- Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen.*
 0 beslist eens 0 eens 0 enigszins eens 0 enigszins oneens
 0 oneens 0 beslist oneens
- Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen.*
 0 beslist eens 0 eens 0 enigszins eens 0 enigszins oneens
 0 oneens 0 beslist oneens

Deel IV

1. Bent u de afgelopen 2 jaar onder behandeling (geweest) van een arts/ specialist voor andere klachten? 0 ja 0 nee

-Zo ja, waarvoor?

.....

2. Welke medicijnen gebruikt u regelmatig?

medicijn	sinds wanneer
1.....
2.....
3.....
4.....

3. Voelt u zich nu gezond? 0 ja 0 nee

4. Heeft u klachten van uw: 0 voet 0 enkel 0 onderbeen 0 knie 0 bovenbeen
0 heup 0 hand 0 pols 0 onderarm 0 elleboog
0 bovenarm 0 rug 0 schouder 0 nek

5. Heeft u last van de volgende klachten/ aandoeningen?

kortademigheid	hoesten	astma
bronchitis	pijn in de gewrichten	pijn/ beklemming op de borst
onregelmatige hartslag of snelle hartkloppingen	ongevoelige plekken op de huid van het gelaat	maagpijn
darmklachten	vermagering	slechte eetlust
te hoge bloeddruk	te lage bloeddruk	huidafwijkingen
allergie	epilepsie	reuma
diabetes		

6. Hoe vaak bent u de afgelopen 2 jaar geopereerd? 0 niet 0 1-2 0 3-4 0 5-6 0 vaker

-Zo ja, waaraan?

.....

7. Hoeveel dagen heeft u de afgelopen 2 jaar in het ziekenhuis gelegen? 0 0 0 1-3 0 4-6 0 7-14 0 15 of meer

-Zo ja, wat was de reden?

.....

8. Komen er in uw familie één of meer van de volgende aandoening en voor?

kaakgewrichtklachten	andere gewrichtsproblemen	reuma
veelvuldige hoofdpijn	migraine

9. Zijn er in de afgelopen 2 jaar röntgenfoto's gemaakt van uw wervelkolom en/of uw gewrichten? 0 ja 0 nee

-Zo ja, van welke?.....