

Name, Vorname: geb.:

Köln, den

Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? (Zeitpunkt und evtl. Auslöser):

.....
.....

A: bisherige Behandlungen

Datum	zahnärztliche Behandlung	Physiotherapie /Krankengymn.	ärztliche Behandlung

Wie oft wurden Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Kiefer- und Gesichtsschmerzen behandelt?

ca. Behandlungstermine

B: Medikamente in den letzten 6 Monaten

Medikament	Tabletten, Tropfen, Zäpfchen	Dosierung	Zeitraum

(Benutzen Sie für eventuelle weitere Ausführungen bitte ein zusätzliches Blatt)

Haben Sie gegen Ihre Schmerzen früher andere Medikamente eingenommen? () nein

Wenn ja, an welche Medikamente können Sie sich erinnern?

.....
.....
.....

C: bisherige Operationen

Wurden Sie wegen Ihrer Kiefer- Gesichtsschmerzen schon einmal operiert (einschließlich Zahnextraktion, die mit dem Ziel der Linderung Ihrer Kiefer- Gesichtsschmerzen erfolgt sind) ?

ja nein

Art der Operation	Datum	Dauer der Schmerzlinderung (Monate)
1.
2.
3.

Wenn mehr als drei Schmerzoperationen durchgeführt wurden, dann bitte angeben wie oft bisher operiert wurde. Es wurde bisher mal operiert.

D: bisheriges Behandlungsergebnis

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der erfolgten Behandlung Ihrer Kiefer- und Gesichtsschmerzen?

sehr zufrieden eher unzufrieden
 zufrieden sehr unzufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren bisherigen Behandlern?

sehr zufrieden eher unzufrieden
 zufrieden sehr unzufrieden

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Beschwerden?

.....
.....

Wodurch werden Ihre Schmerzen ausgelöst bzw. verstärkt?:

.....
.....
.....

Fragen, Wünsche, Sonstiges:

.....
.....
.....