

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

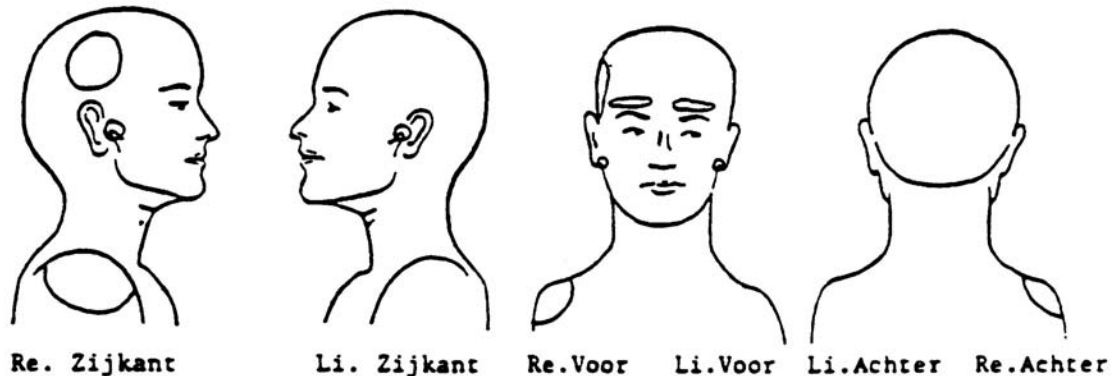
*Er volgt nu een aantal vragen die betrekking hebben op eigenschappen van pijnklachten in de kaak, het hoofd, de nek en de schouder.*

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.



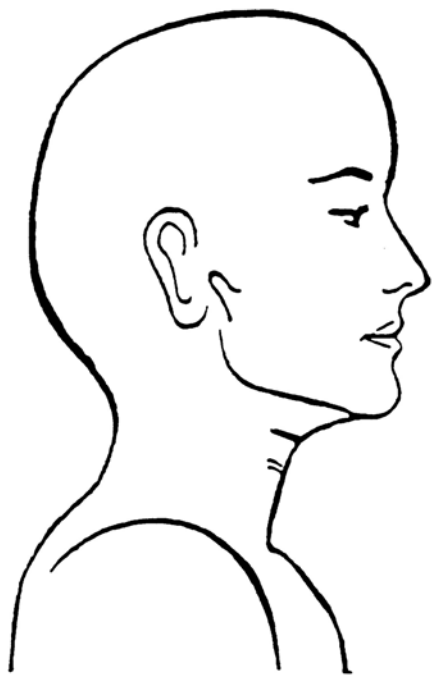
Om duidelijk te maken waar u regelmatig pijn voelt gebruikt u de tekeningen op het volgende blad. Op deze tekeningen geeft u alle plaatsen aan waar u regelmatig pijn voelt, of die regelmatig gevoelig zijn. Het is belangrijk dat u deze plaatsen zo nauwkeurig mogelijk omcirkelt.

**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.

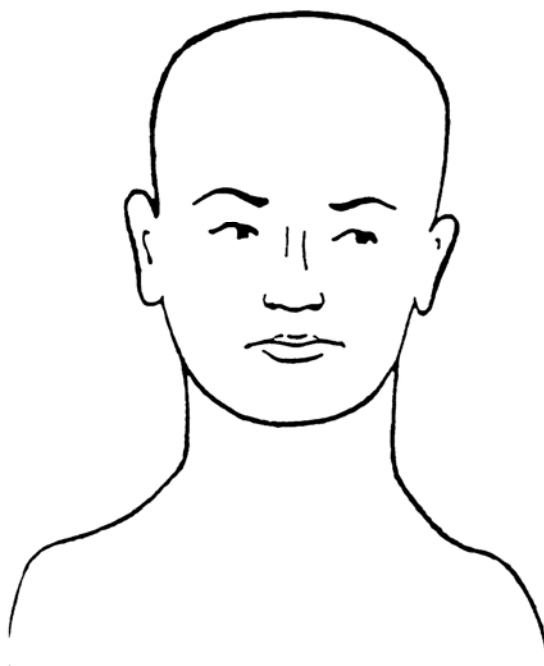
Alléén over de gebieden waar u de ergste pijn ervaart (gebied "1") worden op bladzijde 4 en 5 een aantal vragen gesteld.



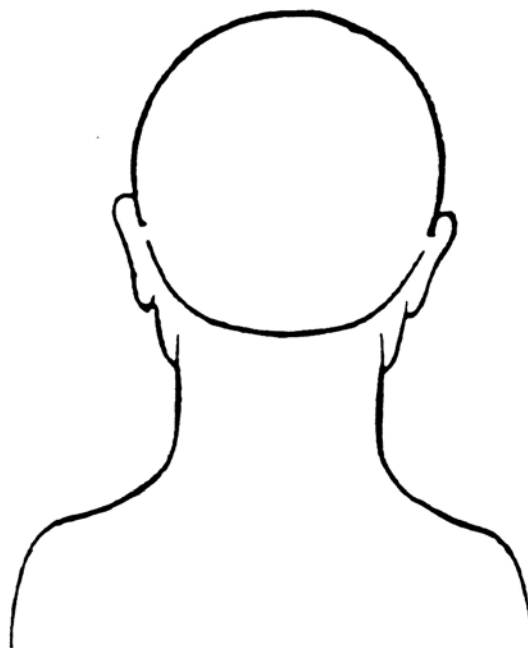
RE. ZIJKANT



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 gezicht ... bepaalde bewegingen van uw schouder	... bepaalde bewegingen van uw nek ... na de maaltijd ... na veel praten
... koude ... lawaai	... warmte ... fel licht
... als u zich teleurgesteld voelt ... als u ergens verdrietig over bent ... als u ergens over blijft twifelen	... als u nerveus of onrustig bent ... als u ergens tegenop ziet ... als u zich zorgen maakt
... lichamelijke inspanning ... geestelijke inspanning ... als u onvoldoende heeft geslapen ... als u erg veel heeft geslapen	... rust ... massage ... vermoeidheid ... 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"?  
0 's morgens 0 's middags 0 's avonds 0 's nachts

14. Heeft u problemen met het inslapen als gevolg van de pijn in dit gebied?  
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

15. Wordt u 's nachts wakker van deze pijn?  
0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

16. Heeft u met name pijnklachten in het weekend?  
0 ja 0 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.<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup>niet van toepassing

13. Bijt of zuigt u op:
- |                               |                                |                                   |                                     |                               |                                    |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <b>-lip, wang en/ of tong</b> | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
| <b>-kauwgom</b>               | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
| <b>-nagels</b>                | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> heel vaak |
| <b>-pen/ potlood</b>          | <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? 0 ja 0 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.
- |   |  |                                     |                                |  |                                    |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------------|
| <b>-iets groots afbijten (bv. een appel)</b>                        | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-eten van hard voedsel</b>                                       | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-eten van taai voedsel (bijv. een toffee)</b>                    | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-eten van zacht voedsel</b>                                      | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-uw werk of dagelijkse bezigheden</b>                            | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-geeuwen</b>   | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-sociale activiteiten (in gezin, met vrienden, uitgaan etc.)</b> | <input type="checkbox"/> helemaal niet | <input type="checkbox"/> een beetje | <input type="checkbox"/> nogal | <input type="checkbox"/> tamelijk veel | <input type="checkbox"/> heel veel |
| <b>-spreken</b>   | <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? 0 ja 0 nee 0 n.v.t.
17. Hoe is in het algemeen uw slaaphouding? 0 rug 0 buik 0 linker-/rechterzijde 0 wisselt sterk
18. Heeft u een kunstgebit? 0 nee 0 alleen onder 0 alleen boven 0 onder en boven  
 -Zo ja, draagt u 's nachts uw kunstgebit? 0 nee 0 alleen onder 0 alleen boven 0 onder en boven
19. Maken uw kiezen gelijkmatig contact bij het sluiten van de kaken? 0 ja 0 nee
20. Is de wijze waarop uw tanden en kiezen op elkaar passen de laatste jaren veranderd? 0 ja 0 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 hoofdjcs, 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?

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

<input type="checkbox"/> kaakgewrichtsklachten	<input type="checkbox"/> andere gewrichtsproblemen	<input type="checkbox"/> reuma
<input type="checkbox"/> veelvuldige hoofdpijn	<input type="checkbox"/> migraine	<input type="checkbox"/> .....

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?.....