

Wie stark waren Sie in der vergangenen Woche bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwort an.

	Überhaupt nicht eingeschränkt	Ein Wenig	Ziemlich	Stark	Sehr Stark
1. Zwei Einkaufstaschen tragen	0	1	2	3	4
2. Einen Pullover anziehen	0	1	2	3	4
3. Haare föhnen, waschen, kämmen	0	1	2	3	4
4. An ein hohes Regal reichen	0	1	2	3	4
5. Gardinen aufhängen oder Zimmerdecke streichen	0	1	2	3	4
6. Abbeißen von einem Apfel	0	1	2	3	4
7. Essen kauen	0	1	2	3	4
8. Essen herunter schlucken	0	1	2	3	4
9. Zähne putzen, Mund ausspülen	0	1	2	3	4
10. Von einem Brötchen abbeißen	0	1	2	3	4
11. Sprechen (Laute formen)	0	1	2	3	4

Wie sehr haben Sie in der vergangenen Woche unter den folgenden Beschwerden gelitten?

	Überhaupt nicht	Ein Wenig	Ziemlich	Stark	Sehr Stark
12. Knacken im Kiefer	0	1	2	3	4
13. Schmerzen beim Gähnen	0	1	2	3	4
14. Blockadefühl beim Abbeißen	0	1	2	3	4
15. Steifer Kiefer morgens nach dem Aufwachen	0	1	2	3	4
16. Angst vor dem Aushacken des Kiefers	0	1	2	3	4
17. Ohrendruck	0	1	2	3	4
18. Ohrschmerzen	0	1	2	3	4
19. Ohrengeräusche (Klingeln oder Ohrensausen)	0	1	2	3	4
20. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
21. Sehstörungen	0	1	2	3	4
22. Schwindel	0	1	2	3	4
23. Übelkeit	0	1	2	3	4
24. Ausstrahlungen, Taubheit oder Kribbeln in den Schultern oder Armen	0	1	2	3	4

Hatten Sie in der vergangenen Woche Schmerzen?

25.	5	4	3	2	1	0
	Immer	Meist	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie

Wie stark sind Ihre Schmerzen heute in Ruhe oder bei Bewegung? (Bitte keine Zwischenräume ankreuzen)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. ↑											↑
	Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz