



Patiënten intakeformulier voor Kaakklachten

Voor u ligt een lijst met vragen die uw klachten betreft. Om effectiever te kunnen behandelen, vragen wij u deze lijst voor de eerste behandeling in te vullen.

Personalia

Naam _____

BSN _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Geboortedatum _____

Telefoonnummer _____

Mobiel nummer _____

E-mail adres _____

Beroep _____

Sport/Hobby _____

Verzekering

Naam verzekeraar _____

Inschrijfnummer _____

Bent u aanvullend verzekerd? Ja
 Nee

Aantal behandelingen fysiotherapie in het pakket _____

Overigen

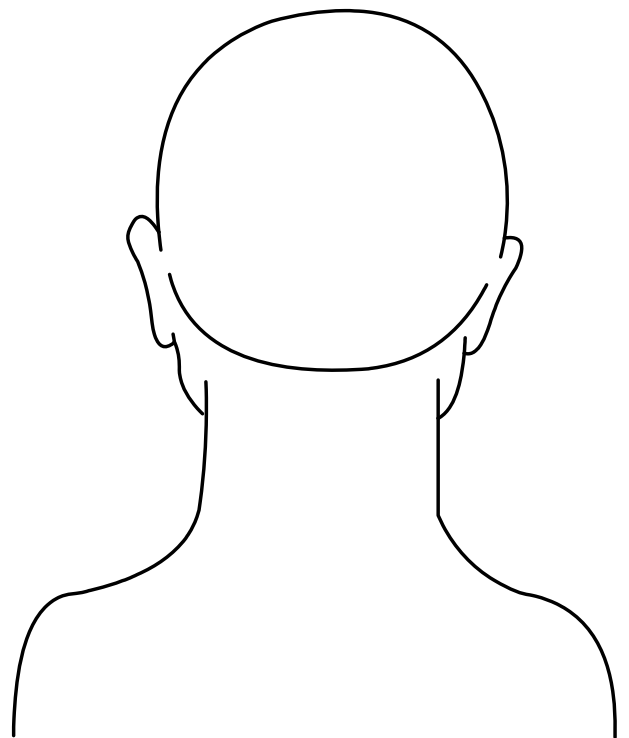
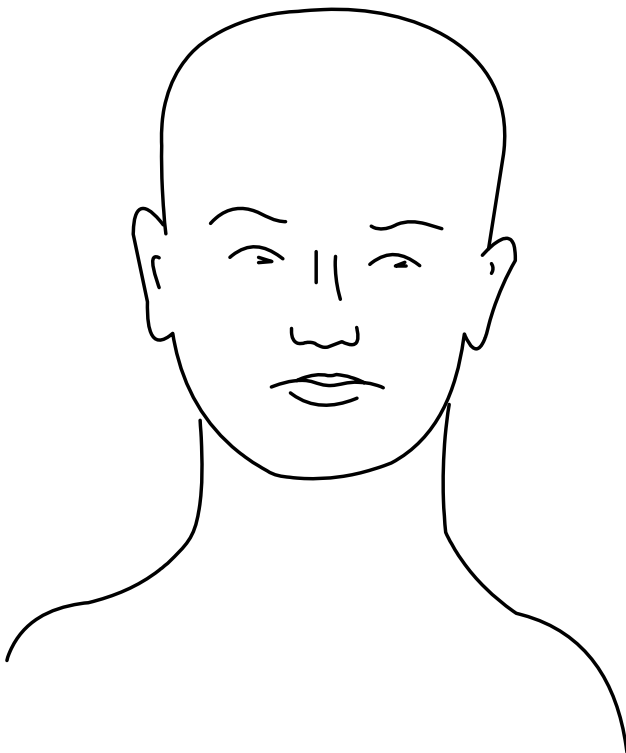
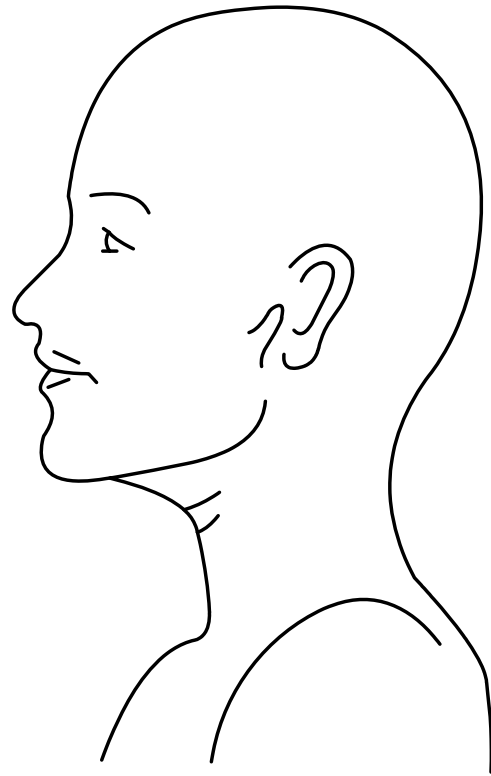
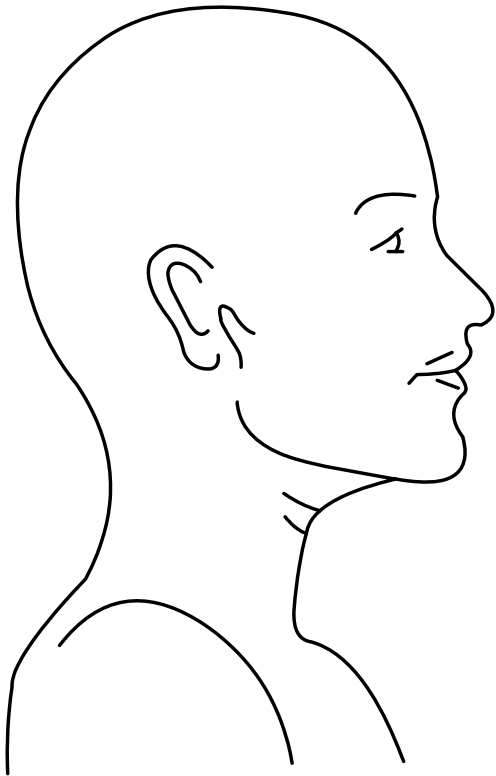
Huisarts _____

Verwijzer _____

Therapeut _____

Locatie van de klachten

Wilt u op onderstaande figuren aangeven waar de klachten zich bevinden.
Geef de plek waar de klachten het hevigste zijn aan met een **1**
De plekken waar de klachten naar uitstralen met **2, 3 of 4**.



Deel I

1. Wilt u op onderstaande lijn d.m.v. een verticaal streepje aangeven welke maat volgens u overeenkomt met de pijn in de afgelopen week.

geen pijn _____ heel veel pijn

2. Hoelang heeft u deze pijn of klacht al?

enkele dagen 1 – 3 weken 1 – 5 maanden
 6 -11 maanden 1 – 2 jaar langer

3. Hoe lang duurt de pijn of klacht meestal?

enkele seconden enkele minuten een kwartier
 een uur enkele uren een dag langer

4. Hoe vaak hebt u deze pijn of klacht meestal?

altijd één of enkele keren per dag
 één of enkele keren per week één of enkele keren per maand
 minder dan één keer per maand

5. Zijn er in de loop van de tijd veranderingen opgetreden in:

- Het aantal keren dat u in dit gebied pijn of klachten heeft? vaker minder vaak onveranderd
- De duur van de pijn/klacht? langer minder lang onveranderd
- De hevigheid van de pijn/klacht? heviger minder hevig onveranderd
- De plaats van de pijn/klacht? ja nee

6. Is er uitstraling van de pijn vanuit het gebied naar andere gebieden?

ja (vergeet u niet op de eerste pagina de locaties van de pijnklachten aan te geven)
 nee

7. Zijn de pijnklachten zowel links als rechts aanwezig? ja nee

- Zo ja, is dit vanaf het begin zo geweest? ja nee

8. Heeft u enig idee waardoor de pijn of klachten in dit gebied ontstaan zijn?

De belangrijkste oorzaken voor mij zijn:

1 _____
2 _____
3 _____

9. Hoe slaapt u in het algemeen?

slecht redelijk goed uitstekend

10. Wordt u wakker van de pijn?

nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

11. In hoeverre wordt u belemmerd in uw werkzaamheden?

niet een beetje veel werken is me dan onmogelijk

12. Benoem de 3 belangrijkste activiteiten waarin u zich beperkt voelt:

1. _____
2. _____
3. _____

wilt u op onderstaande lijn d.m.v. een verticaal streepje aangeven in welke activiteit en in welke mate u zich beperkt voelde de afgelopen week.

1. Geen moeite _____ Onmogelijk
2. Geen moeite _____ Onmogelijk
3. Geen moeite _____ Onmogelijk

13. Verricht u arbeid buitenshuis? ja nee

Zo ja, hoeveel uur per week? [] uur

- Rust de zorg voor een huishouden voornamelijk op uw schouder? ja nee
- Hoeveel dagen was u de afgelopen 3 maanden arbeidsongeschikt? [] dagen
- Bent u tevreden over uw werk
 zeer ontevreden ontevreden neutraal tevreden zeer tevreden
- Kunt u invloed uitoefenen op de organisatie van uw werkzaamheden?
 zeer weinig weinig neutraal veel zeer veel

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

Kou	[]	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	[]
Gestelijke inspanning	[]	Massage	[]
Als u onvoldoende heeft geslapen	[]	Vermoeidheid	[]
Als u erg veel heeft geslapen	[]	Als u leest	[]
Als u op de plek drukt	[]	Als u beweegt	[]

15. Wat doet u om de klachten te verminderen?

16. Voelt u zich overbelast? ja nee

17. Bent u overspannen (geweest)? ja nee

18. Hoe vaak heeft u last van:

- Nervositeit nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak
- Piekeren nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak
- Ergernis nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak
- Lusteloosheid nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak
- Angst nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

19. Heeft de aandoening invloed op uw stemming? (bv. Maakt het u boos, bang, van streek of somber) ja nee
Zo ja, welke invloed? _____

In welke mate?

Geen _____ Veel

20. Hebben zich in de afgelopen 2 jaar in uw privé-leven en- / of uw werksituatie ingrijpende veranderingen voorgedaan?
Zo ja, welke? _____

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

22. Zijn er problemen in uw naaste omgeving die u veel zorg geven?
Zo ja, welke? _____

23. Wilt u aangeven in hoeverre u het met de navolgende uitspraken eens bent?

- Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijk mis mee is.
 in hoge mate oneens enigszins mee oneens enigszins mee eens
 in hoge mate mee eens
- De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen maak.
 in hoge mate oneens enigszins mee oneens enigszins mee eens
 in hoge mate mee eens
- Ik ervaar steun van mijn omgeving bij mijn klacht/aandoening.
 in hoge mate oneens enigszins mee oneens enigszins mee eens
 in hoge mate mee eens

24. Bent u bezorgd dat uw klachten iets ernstig in houden?
 ja een beetje nee

25. Bent u de afgelopen twee jaar onder behandeling (geweest) van een arts/ specialist voor andere klachten?

- Zo ja, waarvoor? _____

26. Welke medicijnen gebruikt u regelmatig?
 medicijn _____ sinds wanneer? _____
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

27. Voelt u zich op dit moment gezond? Ja Nee

28. Heeft u klachten van uw:
- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> voet | <input type="checkbox"/> heup | <input type="checkbox"/> bovenarm | <input type="checkbox"/> enkel |
| <input type="checkbox"/> hand | <input type="checkbox"/> rug | <input type="checkbox"/> onderbeen | <input type="checkbox"/> pols |
| <input type="checkbox"/> schouder | <input type="checkbox"/> knie | <input type="checkbox"/> onderarm | <input type="checkbox"/> nek |
| <input type="checkbox"/> bovenbeen | <input type="checkbox"/> elleboog | | |

29. Komen er in uw familie een of meer van de volgende aandoeningen voor?

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

30. Heeft u nu of in het verleden last gehad van de volgende klachten / aandoeningen?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kortademigheid | <input type="checkbox"/> vermagering |
| <input type="checkbox"/> hoesten | <input type="checkbox"/> slechte eetlust |
| <input type="checkbox"/> astma | <input type="checkbox"/> te hoge bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> bronchitis | <input type="checkbox"/> te lage bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> pijn in de gewrichten | <input type="checkbox"/> huidafwijkingen |
| <input type="checkbox"/> pijn / beklemming op de borst | <input type="checkbox"/> allergie |
| <input type="checkbox"/> onregelmatige hartslag of snelle hartkloppingen | <input type="checkbox"/> epilepsie |
| <input type="checkbox"/> ongevoelige plekken op de huid van het gelaat | <input type="checkbox"/> reuma |
| <input type="checkbox"/> maagpijn | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> darmklachten | <input type="checkbox"/> kanker |
| <input type="checkbox"/> incontinentie | |

31. Heeft u wel eens een ongeluk gehad?
 Zo ja, wanneer en heeft u hier nog last van? _____

32. Bent u de laatste 2 jaar geopereerd? Ja Nee
 ▪ Zo ja, waaraan en heeft u hier nog hinder van? _____

33. Heeft u de afgelopen 2 jaar in het ziekenhuis gelegen? Ja Nee
 ▪ Wat was de reden? _____

34. Zijn er de afgelopen 2 jaar röntgenfoto's gemaakt van uw wervelkolom en/of gewrichten?
 ▪ Zo ja, welke? _____

35. Ik wil actief meewerken aan de fysiotherapeutische behandeling?
 in hoge mate oneens enigszins mee oneens enigszins mee eens
 in hoge mate mee eens

13. Bijt of zuigt u op:

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ▪ lip, wang 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?

- Zo ja, welke sport en-/ of hobby? _____

- Wordt u door uw klachten gehinderd in de uitoefening daarvan? ja nee

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 (*bijv. een appel*)
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Eten van hard voedsel
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Eten van taai voedsel
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Eten van zacht voedsel
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Uw werk of dagelijkse bezigheden
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Geeuwen
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Sociale activiteiten (*In gezin, met vrienden, uitgaan etc.*)
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel
- Spreken
 helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel veel

16. Wordt u door uw klachten gehinderd in de uitoefening van sport en-/ of hobby?

- ja nee niet van toepassing

17. Hoe is in het algemeen uw slaaphouding?

- rug linker-/rechterzijde buik wisselt sterk

18. Heeft u een kunstgebit?

- nee alleen boven alleen onder boven en onder

- Zo ja, draagt u 's nachts uw kunstgebit?

- nee alleen boven alleen onder boven en onder

19. Maken uw kiezen gelijkmatig contact bij het sluiten van uw kaken?

- ja nee

20. Is de wijze waarop uw tanden en kiezen op elkaar passen de laatste jaren opvallen veranderd?

- ja nee

Deel III

1. Kunt u uw 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
 - Hoort 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? [] maand
4. Heeft u behalve pijn in gebied 1, zoals aangegeven op de tekening met de hoofdjes, ook hoofdpijn? ja nee
- Zo ja:*
- Hoe vaak heeft u last van hoofdpijn
 een of enkele keren per dag een of enkele keren per week
 een of enkele keren per maand minder vaak altijd
 - 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 de aanval omschrijven?
 zeurend dof fel
 stekend dreunend kloppend
 - Is er een verband met:
 maaltijden menstruatie verandering van houding
 inspanning psychische spanning
 - Heeft u voor of tijdens een hoofdpijnaanval last van:
 misselijkheid overgeven het zien van lichtflitsen / gekleurde vlekken
 rillingen duizeligheid pijn bij aanraking van het hoofd
 een drukkend gevoel in het hoofd
5. Heeft u de afgelopen 6 maanden regelmatig last gehad van de volgende klachten?
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> duizeligheid | <input type="checkbox"/> een dof gevoel in het oor | <input type="checkbox"/> neusklachten |
| <input type="checkbox"/> misselijkheid | <input type="checkbox"/> oorontsteking | <input type="checkbox"/> keelklachten |
| <input type="checkbox"/> oogklachten | <input type="checkbox"/> een zwelling vlak voor het oor | <input type="checkbox"/> slikklachten |
| <input type="checkbox"/> oorpijn | <input type="checkbox"/> voorhoofdsholteontsteking | <input type="checkbox"/> stemklachten |
| <input type="checkbox"/> oor suizen | <input type="checkbox"/> kaakholteontsteking | <input type="checkbox"/> spraakklachten |
6. Bent u bang dat uw klachten iets ernstig inhouden?
 ja een beetje nee

ACTUELE BELASTBAARHEIDSTEST

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Gespannenheid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 2. Prikkelbaarheid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 3. Opgejaagd gevoel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 4. Snel afgeleid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 5. Moeheid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6. Slecht slapen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7. Snellere of diepere ademhaling | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 8. Benauwdheid of diepere ademhaling | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9. Bonzen van het hart | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 10. Pijnlijke steken in de borst | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 11. Licht in het hoofd | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 12. Een waas voor de ogen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 13. Gevoel van de wereld te gaan | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 14. Koude handen en voeten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 15. Opgeblazen gevoel in de buik | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 16. Verstopping/ moeilijke stoelgang | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 17. Diarree | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 18. Verminderde eetlust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 19. Overmatig transpireren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 20. Motorische onrust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Wij danken u voor uw medewerking!

Wilt u deze vragenlijst meenemen naar de eerst volgende behandeling?