



## Kwestionariusz diagnostyczny dysfunkcji czaszkowo-żuchwowo-kęgosłupowej

Imię i nazwisko Pacjenta ..... wiek .....

W jaki sposób trafiłeś do Dentico Clinic?

- a) z polecenia innego pacjenta .....
- b) skierowanie przez innego lekarza, fizjoterapeutę, logopedę .....
- c) inne .....

**Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Prawidłową odpowiedź proszę otoczyć kółkiem.**

Główna dolegliwość Pacjenta:

.....

Czy czujesz potrzebę leczenia tego problemu ?           **TAK NIE**

Przybliżona data ataku choroby: .....

Jakie są Twoje główne oczekiwania jeżeli rozpoczniemy leczenie ?

.....

Czego dotyczą Pani/a największe obawy ?

.....

Czy priorytetem w leczeniu jest poprawa zdrowia czy estetyka uzębienia? ( proszę o odpowiedź w kilku zdaniach)

.....

1. Czy przechodziłeś leczenie ortodontyczne ? **TAK NIE**
2. Czy jesteś w trakcie leczenia ortodontycznego ? **TAK NIE**
3. Czy przechodziłeś leczenie protetyczne ? **TAK NIE**
4. Czy jesteś w trakcie leczenia protetycznego ? **TAK NIE**
5. Czy korzystałeś w przeszłości z fizjoterapii ? **TAK NIE**
6. Czy masz podejrzenia co do źródła bólu? **TAK NIE**
7. Czy twoje zęby zmieniły wygląd przez ostatnie 5 lat (starły się, skróciły)? **TAK NIE**
8. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy w leczeniu uczestniczył inny specjalista?

Jaki i jaką stosował terapię? .....

9. Czy kiedykolwiek nosiłeś szynę relaksacyjną ? **TAK NIE**

a) twardą b) miękką c) w szczęce d) w żuchwie

10. Czy miał/-a Pan/-i kiedykolwiek usuwany stały ząb? **TAK NIE**

### OBJAWY

1. Czy miewasz bóle głowy ? **TAK NIE**

Jak często? .....

SKALA OCENY BÓLU ( 1- NIE BOLI , 10- BARDZO BOLI )

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Czy miałś/miałaś kiedyś migrenę ? **TAK NIE**

3. Czy masz zakłócenia snu ? **TAK NIE**

Na czym polegają ? (np, trudno zasnąć, wybudzenie w nocy, niewyspanie z rana, bezsenność)

.....

4. Czy pijesz w nocy ? **TAK NIE**

5. Czy wstajesz do toalety w nocy ? **TAK NIE**

6. Czy odczuwasz ból zębów, zmęczenie szczęki po obudzeniu ? **TAK NIE**

7. Czy szczęka boli

- podczas żucia **TAK NIE**

- szerokiego otwierania ust **TAK NIE**

- po długiej wizycie u dentysty **TAK NIE**

8. Czy kiedykolwiek miałś/miałaś przewlekły ból ramion lub karku ? **TAK NIE**

9. Czy bierzesz jakieś leki ? **TAK NIE** Jakie ? .....

8. Czy miewasz bóle skroni lub z tyłu głowy ? **TAK NIE** .....
10. Czy zgrzytasz zębami podczas snu ? **TAK NIE**
11. Czy odczuwasz ból w dole pleców ? **TAK NIE**
12. Kiedy objawy są ostrzejsze (np. stres, zmęczenie) ? .....
13. Czy cokolwiek sprawia, że czujesz się lepiej (np. relaks, rehabilitacja) ? **TAK NIE**  
.....
14. Jak często bierzesz leki, by uśmierzyć ból ? .....
15. Jaki charakter ma ból w ciągu ostatnich 30 dni ?  
a) pojawia się i znika b) jest obecny cały czas c) jest cały czas ze zmiennym natężeniem
16. W ciągu ostatnich 30 dni, przez ile dni ból uniemożliwiał wykonywanie normalnych zadań, takich jak praca, szkoła czy prace domowe? .....
17. Czy objawy pogarszają się o konkretnej porze dnia ?  
a) Rano b) w południe c) wieczorem d) w nocy
18. Jaki stan emocjonalny występował najczęściej w ciągu ostatnich 30 dni?  
Pełen relaks    Dużo na głowie    Łatwa irytacja    Ciągły stres    Lęki    Depresja  
1                    2    3                    4                    5                    6                    7                    8                    9                    10

### URAZY I WYPADKI

1. Czy kiedykolwiek doznałeś/doznałaś mocnego uderzenia w głowę lub szczękę ? **TAK NIE**  
Szczegóły zdarzenia .....
2. Czy uczestniczyłeś kiedykolwiek w jakimś wypadku, np. komunikacyjny, upadek z wysokości, uraz w ciele, złamanie zwichnięcia itp. **TAK NIE**  
Szczegóły zdarzenia .....
3. Czy kiedykolwiek miało miejsce zdarzenie wywołujące znaczny stres emocjonalny rzutujący na resztę życia? **TAK NIE**  
Szczegóły zdarzenia .....

### OBJAWY ZE STRONY STAWU SKRONIOWO-ŻUCHWOWEGO (SSŻ)

1. Czy odczuwasz zmęczenie szczęk po dużym posiłku ? **TAK NIE**
2. Czy unikasz jedzenia twardych pokarmów ? **TAK NIE**
3. Czy miewasz zawroty głowy, mroczki ? **TAK NIE**
4. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/zemdlałaś ? **TAK NIE**
5. Czy czujesz lub słyszysz "klikanie" bądź "trzeszczenie" któregoś SSŻ ? **TAK NIE** / PRAWY LEWY
6. Czy kiedykolwiek szczęki unieruchomiły ci się tak, że nie dało się otworzyć ani zamknąć ust ? **TAK NIE**
7. Czy czujesz utrudnienia podczas ziewania lub szerokiego otwierania ust ? **TAK NIE** PRAWY LEWY
8. Czy kiedykolwiek czułaś/czułeś ból w którymś SSŻ, w okolicy uszu ? **TAK NIE** PRAWY LEWY
- SKALA OCENY BÓLU ( 1- NIE BOLI , 10- BARDZO BOLI )  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Czy podczas zaciskania zębów ma Pan/-i uczucie, że żuchwa jest spychana do tyłu? **TAK NIE**
10. Czy umieszcza Pan/-i język pomiędzy zębami lub zamyka zęby na języku? **TAK NIE**

### OBJAWY ZE STRONY OCZU I USZU

1. Czy czujesz swędzenie lub masz wrażenie wypełnienia któregoś ucha ? **TAK NIE** PRAWY LEWE
2. Czy masz jakiś stopień utraty słuchu ? **TAK NIE**
3. Czy dzwoni, buczy lub gwizdże Ci w uszach ? **TAK NIE** PRAWY LEWE
3. Czy boli cię naokoło, wewnątrz lub z tyłu któregoś oka ? **TAK NIE**
4. Czy zdarzają ci się zaburzenia widzenia ? **TAK NIE**
5. Czy nosisz okulary lub szkła kontaktowe ? **TAK NIE**

## ODDYCHANIE

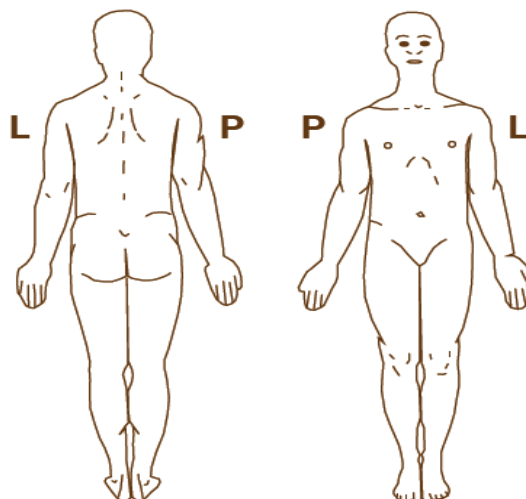
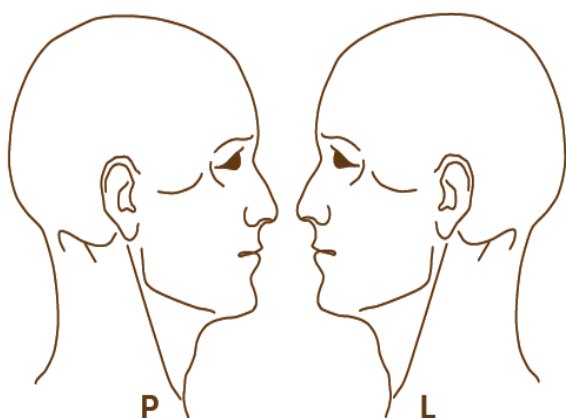
1. Jak oddychasz w ciągu dnia ? PRZEZ NOS PRZEZ USTA
2. Jak oddychasz w nocy? PRZEZ NOS PRZEZ USTA
3. Czy masz problemy z zatokami ? **TAK NIE**
4. Czy chrapiasz w nocy ? **TAK NIE**
5. Czy masz zapchany nos, nawet poza okresami przeziębienia ? **TAK NIE**
6. Czy często zdarzają się epizody zmęczenia, wyczerpania i zasypiania podczas codziennych czynności ?**TAK NIE**
7. Czy zdarzyły się epizody zatrzymania oddechu/krztuszenia się podczas snu? **TAK NIE**

## KRĘGOSŁUP - czy występują dolegliwości w odcinku : ( 1- NIE BOLI , 10- BARDZO BOLI )

- |               |                |                                       |
|---------------|----------------|---------------------------------------|
| 1. szyjnym    | <b>TAK NIE</b> | SKALA OCENY BÓLU 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 2. piersiowym | <b>TAK NIE</b> | SKALA OCENY BÓLU 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 3. lędźwiowym | <b>TAK NIE</b> | SKALA OCENY BÓLU 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 4. kolanach   | <b>TAK NIE</b> | SKALA OCENY BÓLU 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 5. stopach    | <b>TAK NIE</b> | SKALA OCENY BÓLU 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Wskaż położenie wszystkich swoich źródeł bólu. Jeśli istnieje dokładne miejsce, w którym znajduje się ból, wskaż stałą kropkę (•) lub oznacz specyfikę bólu literkami

(P) Palący / (O) ostry / (T) tępy / (Pr) promieniujący / (M) mrowiący / (U) uciskający



Inne dolegliwości:

.....  
.....

Data i podpis Pacjenta( Opiekuna)

.....