



LET OP U bewaart dit formulier eerst op uw eigen computer (1). Daarna opent u het formulier in Acrobat Reader (2), vult het in en mailt het ingevulde formulier rechtstreeks naar de Praktijk voor Gnathologie (3).

1) formulier opslaan

2) openen in Acrobat

3) mail naar info@pvgn.nl

Mw. J.H.M. Baggen | Tandarts-gnatholoog, NVGPT
Tandarts-slaapgeneeskundige, NVTs

St. Annastraat 255 | 6525 GR Nijmegen

T 024-7600411 | info@pvgn.nl | www.pvgn.nl

PATIËNTENVRAGENLIJST GNATHOLOGIE

Voor u ligt de vragenlijst voor patiënten van de verwijspraktijk voor gnathologie. Deze lijst helpt ons om een goede inschatting van uw klachten te maken en een passend behandelplan op te stellen. Wij verzoeken u dan ook om alle vragen in deze lijst te beantwoorden. De vragen gaan over de klachten en problemen waarmee u zich heeft aangemeld en over de mogelijk negatieve gevolgen daarvan. Bij meerkeuzevragen is het de bedoeling dat u de juiste keuzemogelijkheid omcirkelt.

Naam: _____ Geslacht: m v
Geboortedatum: _____ Datum van invullen: _____

1. Kunt u in uw eigen woorden aangeven wat er naar uw mening moet gebeuren om uw klachten te verminderen: _____

2. Hoe optimistisch bent u dat de klachten, waarmee u zich hebt aangemeld, verholpen kunnen worden?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Klachten kunnen niet verholpen worden	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Klachten kunnen helemaal overgaan

3. Hoe vaak heeft u tand-, of kiespijn?

nooit	soms	vaak
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Heeft u last van slijtage aan tanden of kiezen?

niet	enigszins	veel
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Als u last heeft van slijtage: Kunt u aangeven welke van de onderstaande factoren de slijtage mede hebben veroorzaakt of verergerd?

	niet	enigszins	veel
a. Tandknarsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Zuur voedsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Frisdrank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Oprispingen/maagzuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Andere oorzaken, nl.:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Heeft u eerder behandelingen ondergaan voor de klacht waarvoor u zich heeft aangemeld?
- Ja
 Nee

Indien ja: Kunt u aangeven welke behandelingen u hebt ondergaan voor deze klacht, wanneer u deze behandelingen onderging en hoe effectief die behandelingen waren?

Wanneer	Soort behandelaar of specialist	verergerde klachten	hielp niet	hielp iets
		<input type="radio"/>	1	2
		<input type="radio"/>	1	2
		<input type="radio"/>	1	2
		<input type="radio"/>	1	2
		<input type="radio"/>	1	2
		<input type="radio"/>	1	2
		<input type="radio"/>	1	2

6. Hoeveel stress heeft u de afgelopen maand ervaren?
- | niet | enigszins | veel |
|-----------------------|-----------|------|
| <input type="radio"/> | 1 | 2 |

7. Heeft u nu of in het verleden een psychologische of psychiatrische behandeling ondergaan? Nee Ja

a. Sinds wanneer bent u, of wanneer was u in behandeling? _____

b. Bij wat voor hulpverlener bent of was u onder behandeling? Bijvoorbeeld: Psycholoog / Psychiater / Maatschappelijk werker / Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)
Namelijk: _____

- c. Wat zijn of waren uw klachten/de diagnose?

VRAGEN OVER DE GEVOLGEN VAN DE TANDHEELKUNDIGE KLACHTEN ¹

Wilt u bij ieder van de onderstaande klachten en problemen nagaan hoe vaak u er **gedurende de afgelopen maand** last van heeft gehad, en wilt u dan het antwoord omcirkelen dat het meest van toepassing is.

	nooit	zelden	af en toe	tamelijk vaak	erg vaak
8. Heeft u moeilijkheden gehad met het uitspreken van bepaalde woorden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
9. Heeft u het gevoel gehad dat uw smaakvermogen is afgenomen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

¹ OHIP-NL14. Nederlandse vertaling M.J. van der Meulen, F. Lobbezoo



	nooit	zelden	af en toe	tamelijk vaak	erg vaak
10. Heeft u pijn in uw mond gehad?	1	2	3	4	5
11. Heeft u moeite gehad om bepaald voedsel te eten vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
12. Heeft u zich onzeker gevoeld vanwege uw gebit, uw mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
13. Heeft u zich gespannen gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
14. Is de samenstelling van uw voeding onbevredigend geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
15. Heeft u maaltijden moeten onderbreken vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
16. Heeft u moeite gehad om zich te ontspannen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
17. Heeft u zich een beetje opgelaten gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
18. Bent u wat prikkelbaar geweest tegen andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
19. Heeft u moeite gehad met het uitvoeren van uw dagelijkse bezigheden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
20. Heeft u het gevoel gehad dat het leven in het algemeen minder bevredigend was door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
21. Heeft u totaal niet kunnen functioneren vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5



DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR TEMPOROMANDIBULAIRE DYSFUNCTIE²

Symptom Questionnaire- Nederlands (SQ-NL)

PIJN

22. Heeft u ooit pijn gehad in uw kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor aan één of beide kanten? Nee Ja
Als u NEE heeft geantwoord, ga door met vraag 25.
23. Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst pijn in uw kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor? _____ jaar _____ maanden
24. Welke van de volgende omschrijvingen past het best bij de pijn in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor aan één of beide kanten, gedurende de afgelopen 30 dagen?
- Kies ÉÉN antwoord*
- Geen pijn
- De pijn komt en gaat
- De pijn is altijd aanwezig
25. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw pijn (dat wil zeggen: ze hebben het beter of erger gemaakt) in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor aan één of beide kanten?
- A. Kauwen van hard of taai voedsel Nee Ja
- B. Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen Nee Ja
- C. Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgom kauwen Nee Ja
- D. Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen Nee Ja

HOOFDPIJN

26. Heeft u gedurende de afgelopen 30 dagen hoofdpijn gehad waarbij de slaapstreken van uw hoofd betrokken waren? Nee Ja
Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 26, ga door met Vraag 28.
27. Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst hoofdpijn in uw slaapstreek? _____ jaar _____ maanden

² Uit: International RDC/TMD Consortium Network and Ohrbach R, Editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Clinical Protocol and Assessment Instruments. Version 20Jan2014. [Diagnostische Criteria voor Temporomandibulaire Dysfunctie: Klinisch Protocol en Onderzoeksinstrumenten: Dutch Version 20Jan2014]. Knibbe W, Loyen NA, Meulen MJ van der & Lobbezoo F, Trans. www.rdc-tmdinternational.org. Accessed on 05-09-2014.



28. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw hoofdpijn (dat wil zeggen: het beter of erger gemaakt) in uw slaapstreek aan één of beide kanten?
- A. Kauwen van hard of taai voedsel Nee Ja
 - B. Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen Nee Ja
 - C. Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgum kauwen Nee Ja
 - D. Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen Nee Ja

KAAGGEWRICHTSGELUIDEN

29. Waren er, gedurende de afgelopen 30 dagen, gewrichtsgeluiden bij het bewegen of gebruiken van uw onderkaak? Nee Ja

'CLOSED LOCK'

30. Heeft uw onderkaak ooit "op slot" of vastgezet, zelfs al was het maar heel even, waardoor uw mond niet VOLLEDIG open kon?
Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 30, ga door met Vraag 34. Nee Ja
31. Was het 'op slot' of vastzitten van de kaak zo erg dat u een beperkte mondonpening had en minder goed kon eten? Nee Ja
32. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen "op slot" gezeten waardoor u uw mond niet VOLLEDIG kon openen, al was het maar heel even, om vervolgens los te komen zodat u wel VOLLEDIG kon openen?
Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 32, ga door met Vraag 34. Nee Ja
33. Zit uw onderkaak op dit moment "op slot" of is de beweging beperkt waardoor uw mond niet VOLLEDIG open kan? Nee Ja

'OPEN LOCK'

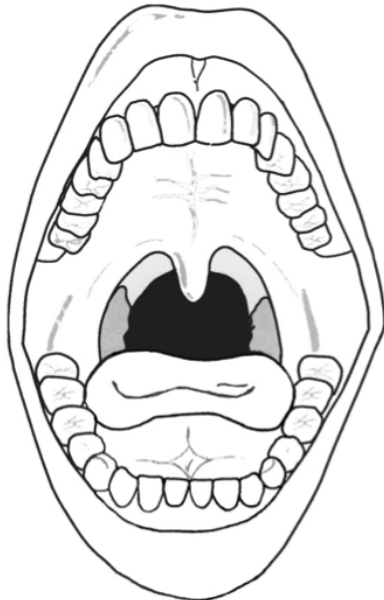
34. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen "op slot" of vastgezet, al was het maar heel even, als u uw mond wijd opende, waardoor u uw mond niet kon sluiten vanuit deze wijd geopende positie?
Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 34, dan kunt u Vraag 35 overslaan. Nee Ja
35. Gedurende de afgelopen 30 dagen, als uw onderkaak bij wijd geopende mond "op slot" of vast zat, moest u dan iets doen om de mond weer te kunnen sluiten, zoals rusten, bewegen, duwen of manoeuvreren? Nee Ja

TOTAAL SCORE

Diagnostische Criteria/ Temporomandibulaire Disfunctie (DC/TMD) =

36. **PIJNTEKENING**

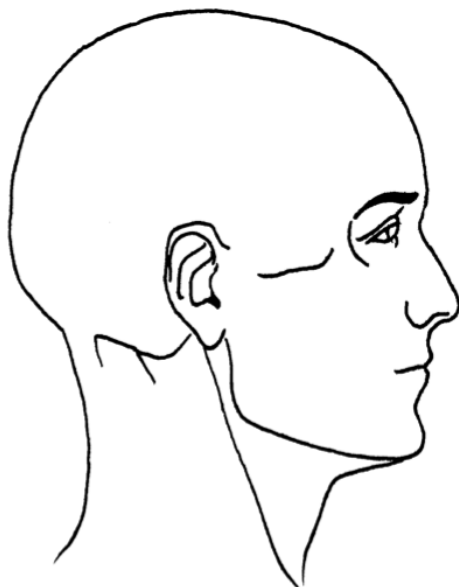
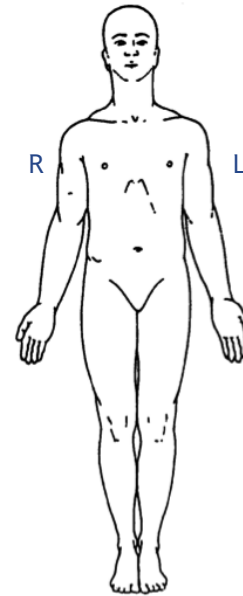
Geef de locaties aan van **AL** uw verschillende pijnen door op het gebied een rood vinkje te plaatsen. Gebruik daarbij de afbeeldingen die het meest van toepassing zijn.



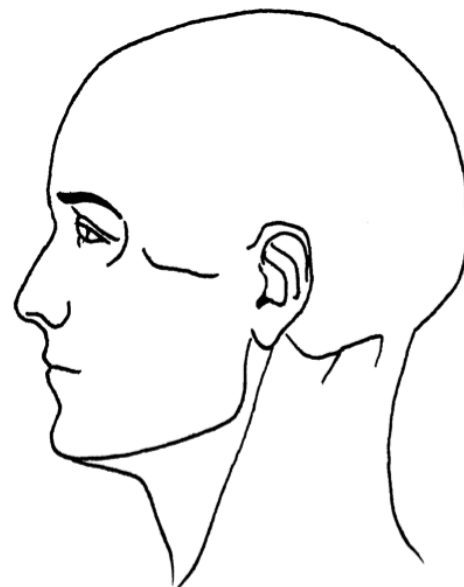
Mond en gebit



Lichaam



Rechterzijde gezicht



Linkerzijde gezicht

TOTAAL SCORE Pijntekening

Mond en gebit =

Gezicht =

Lichaam =

Graded Chronic Pain/Disability Score (GCPS Versie 2.0-NL)

37. Hoeveel dagen heeft u, gedurende de afgelopen 6 maanden, pijn in uw gezicht gehad? _____ Dagen

38. Welk cijfer zou u geven aan de pijn in uw gezicht die u **OP DIT MOMENT** voelt?
Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 “geen pijn” betekent en 10 “ergst mogelijke pijn”.

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De ergst mogelijke pijn _____
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------

39. Welk cijfer zou u geven aan de **ERGSTE** pijn in uw gezicht die u gedurende de **AFGELOPEN 30 DAGEN** heeft gevoeld? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 “geen pijn” betekent en 10 “ergst mogelijke pijn”.

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De ergst mogelijke pijn _____
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------

40. Hoe beoordeelt u de **GEMIDDELDE** pijn in uw gezicht die u gedurende de **AFGELOPEN 30 DAGEN** ondervond? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 “geen pijn” betekent en 10 “ergst mogelijke pijn”. (Dat wil zeggen, uw gebruikelijke pijn op de momenten dat u pijn ondervond.)

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De ergst mogelijke pijn _____
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------

41. Geef het aantal dagen aan waarop u gedurende de **AFGELOPEN 30 DAGEN** vanwege pijn in uw gezicht uw **NORMALE ACTIVITEITEN** (werk, school, huishoudelijk werk) niet heeft kunnen uitvoeren.

Dagen	geen	1	2	3	4	5	6	7	8-20	21-25	26-30	Niet in staat tot enigerlei activiteit _____
-------	------	---	---	---	---	---	---	---	------	-------	-------	--

42. In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de **AFGELOPEN 30 DAGEN** gehinderd bij uw **DAGELIJKSE ACTIVITEITEN**? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 “geen hinder” betekent en 10 “niet in staat tot enigerlei activiteit”.

Geen hinder	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De ergst mogelijke pijn _____
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------

43. In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de **AFGELOPEN 30 DAGEN** gehinderd bij uw **VRIJETIJD-, SOCIALE EN GEZINSACTIVITEITEN**? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 “geen hinder” betekent en 10 “niet in staat tot enigerlei activiteit”.

Geen hinder	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Niet in staat tot enigerlei activiteit _____
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

44. In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de **AFGELOPEN 30 DAGEN** gehinderd bij uw **VERMOGEN OM TE WERKEN**, inclusief huishoudelijk werk? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 “geen hinder” betekent en 10 “niet in staat tot enigerlei activiteit”.

Geen hinder	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Niet in staat tot enigerlei activiteit _____
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

TOTAAL SCORE Graded Chronic Pain / Disability Score (GCPS Versie 2.0-NL)

Dagen =
Pijnintensiteit =
Pijnhinder =

Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20-NL)

Geef voor elk van onderstaande activiteiten de mate van beperking aan **gedurende de afgelopen maand**. Als de activiteit volledig is vermeden omdat het te moeilijk was, omcirkel dan '10'. Als u een activiteit vermijdt om een andere reden dan pijn of moeite, vul dan niets in.

		Geen beperking										Ernstige beperking											
45.	Kauwen van taai voedsel	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46.	Kauwen van hard brood	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47.	Kauwen van kippenvlees (bijvoorbeeld bereid in de oven)	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48.	Kauwen van crackers	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49.	Kauwen van zacht voedsel (bijvoorbeeld macaroni, ingeblikt of zacht fruit, gekookte groenten, vis)	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50.	Eten van zacht voedsel dat niet gekauwd hoeft te worden (bijvoorbeeld aardappelpuree, appelmoes, pudding, gepureerd voedsel)	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51.	De mond ver genoeg openen om van een hele appel af te bijten	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.	De mond ver genoeg openen om in een dubbele boterham te bijten	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53.	De mond ver genoeg openen om te praten	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54.	De mond ver genoeg openen om uit een kopje te drinken	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55.	Slikken	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56.	Geeuwen	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57.	Praten	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58.	Zingen	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59.	Een vrolijk gezicht opzetten	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60.	Een boos gezicht trekken	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61.	Fronsen	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62.	Zoenen	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
63.	Glimlachen	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64.	Lachen	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	o	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TOTAAL SCORE Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20-NL)

Total masticatory =
 Total Vertical jaw mobility =
 Total Verbal and Emotional communication =

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9-NL) : Depression scale

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen?

Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

	Helemaal niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
	0	1	2	3
65. Weinig interesse of plezier in activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Zich somber, depressief of hopeloos voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen, of te veel slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Weinig eetlust of overmatig eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Een slecht gevoel hebben over uzelf – of het gevoel hebben dat u een mislukking bent of het gevoel dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde – zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer bewoog dan gebruikelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAAL SCORE =				

TOTAAL SCORE Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9-NL) Depression scale

Cut-off points:

0 tot 5	=	score 1	=	none
5 tot 10	=	score 2	=	mild
10 tot 15	=	score 3	=	moderate
15 tot 20	=	score 4	=	moderately severe
20 t/m 27	=	score 5	=	severe

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal niet moeilijk Enigszins moeilijk Erg moeilijk Extreem moeilijk

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7-NL 4)

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen?

Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

	Helemaal niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
	0	1	2	3
74. U nerveus, angstig of gespannen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Niet kunnen stoppen met u zorgen maken of dit niet kunnen beteugelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. U te veel zorgen maken om verschillende dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Moeite hebben u te ontspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Zo rusteloos zijn dat het moeilijk is om stil te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Snel geërgerd of geïrriteerd zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Bang zijn dat er iets vreselijks zou kunnen gebeuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAAL SCORE =				

TOTAAL SCORE Generalized Anxiety Disorder (GAD-7-NL 4)

Cut-off points:

< 5 = none

5 t/m 10 = mild

10 t/m 15 = moderate

> 15 = severe

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal niet moeilijk

Enigszins moeilijk

Erg moeilijk

Extreem moeilijk

Patients Health Questionnaire-15 (PHQ-15-NL 5): Somatic Symptom Severity

Hoeveel last hebt u in de afgelopen 4 weken gehad van één of meer van de volgende problemen?

Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

		Geen last	Een beetje last	Veel last
		0	1	2
81.	Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82.	Rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83.	Pijn in uw armen, benen, of gewrichten (knieën, heupen, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84.	Menstratiepijn of andere problemen tijdens de menstruatie (alleen vrouwen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85.	Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86.	Pijn in de borstkas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87.	Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88.	Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89.	Uw hart voelen bonzen of snel kloppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90.	Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91.	Pijn of problemen bij seksuele gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92.	Verstopping (obstipatie), dunne ontlasting of diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93.	Misselijkheid, opgeblazen gevoel of problemen met de spijsvertering (indigestie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94.	Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95.	Moeite met slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAAL SCORE =				

TOTAAL SCORE Patients Health Questionnaire-15 (PHQ-15-NL 5): Somatic Symptom Severity

Cut-off points:

< 5 = none

5 t/m 10 = low

10 t/m 15 = medium

> 15 = high



Vragenlijst Orale activiteiten

Hoe vaak voert u ieder van de onderstaande activiteiten uit? Baseer uw antwoorden op de afgelopen maand. Als de frequentie van de activiteit varieert, kies dan de hoogste optie. Zet een vinkje (✓) bij elk onderdeel en sla geen onderdelen over.

		(0 punten)	(1 punten)	(2 punten)	(3 punten)	(4 punten)
Activiteiten als u slaapt		Nooit	< 1 nacht/maand	1-3 nachten/maand	1-3 nachten/week	4-7 nachten/week
96.	Tanden of kiezen op elkaar klemmen of knarsen als u slaapt, gebaseerd op welke informatie dan ook.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97.	In een houding slapen waarbij druk wordt uitgeoefend op de kaak (bijvoorbeeld, op uw buik of uw zij).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activiteiten als u wakker bent		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
98.	Tandenknarsen als u wakker bent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99.	Tanden of kiezen op elkaar klemmen als u wakker bent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100.	Uw tanden of kiezen op elkaar duwen, elkaar laten raken, of op elkaar houden, terwijl u niet aan het eten bent (dus contact tussen boven- en ondergebit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101.	Uw kauwspieren aanspannen of strak houden zonder uw tanden of kiezen op elkaar te klemmen of te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102.	De kaak naar voren of naar opzij houden of duwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103.	Uw tong hard tegen uw tanden of kiezen duwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104.	Uw tong tussen uw tanden of kiezen leggen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105.	Op uw tong, wangen of lippen bijten of kauwen, of ermee spelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106.	De kaak in een starre of gespannen positie houden, alsof u de kaak schrap zet of beschermt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.	Voorwerpen zoals haar, pijp, potlood, pen, vingers, nagels, etc. tussen uw tanden of kiezen houden, of erop bijten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108.	Kauwgom kauwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109.	Op een muziekinstrument spelen waarbij uw mond of kaak betrokken zijn (bijvoorbeeld: houten of koperen blaasinstrumenten, strijkinstrumenten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		(0 punten)	(1 punten)	(2 punten)	(3 punten)	(4 punten)
	Activiteiten als u wakker bent	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
110.	Met uw kaak of kin op uw hand leunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111.	Voedsel alleen aan één kant kauwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112.	Eten tussen de maaltijden door (voedsel dat gekauwd moet worden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113.	Langdurig praten (bijvoorbeeld bij lesgeven, verkoop, of klantenservice).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.	Zingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115.	Gapen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116.	De telefoon tussen hoofd en schouders houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAAL SCORE Orale activiteiten =

Douleur Neuropatique (DN4)⁶

117. Heeft de pijn één of meer van de volgende kenmerken?
- Brandiger Nee Ja
- Pijnlijk koude gevoel Nee Ja
- Elektrische schokken Nee Ja
118. Gaat de pijn gepaard met één of meer van de volgende symptomen in hetzelfde gebied?
- Tintelingen Nee Ja
- Prikken Nee Ja
- Doof gevoel Nee Ja
- Jeuk Nee Ja

TOTAAL SCORE DN4 =

LET OP U bewaart dit formulier eerst op uw eigen computer (1). Daarna opent u het formulier in Acrobat Reader (2), vult het in en mailt het ingevulde formulier rechtstreeks naar de Praktijk voor Gnathologie (3).

1) formulier opslaan

2) openen in Acrobat

3) mail naar info@pvgn.nl

Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons) gegevens. De Praktijk voor Gnathologie gaat zorgvuldig met uw persoonsgegevens om, zoals vermeld in de aan u verstrekte privacyklaring. Deze verklaring is ten alle tijden op de website www.pvgn.nl terug te vinden.

⁶ Gevalideerde Nederlandse vertaling van de DN4 (Douleur Neuropatique, Diagnostische Neuropathische Pijn vragenlijst). De DN4 .



Diagnostische Criteria/ Temporo Mandibulaire Disfunctie (DC/TMD) =

Pijntekening

Mond en gebit =

Gezicht =

Lichaam =

Graded Chronic Pain / Disability Score (GCPS Versie 2.0-NL)

Dagen =

Pijnintensiteit =

Pijnhinder =

Jaw Functional Limitation Scale (JFLS-20-NL)

Total masticatory =

Total Vertical jaw mobility =

Total Verbal and Emotional communication =

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9-NL) Depression scale =

Cut-off points:

0 tot 5 = score 1 = none

5 tot 10 = score 2 = mild

10 tot 15 = score 3 = moderate

15 tot 20 = score 4 = moderately severe

20 t/m 27 = score 5 = severe

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7-NL 4) =

Cut-off points:

< 5 = none

5 t/m 10 = mild

10 t/m 15 = moderate

> 15 = severe

Patients Health Questionnaire-15 (PHQ-15-NL 5): Somatic Symptom Severity =

Cut-off points:

< 5 = none

5 t/m 10 = low

10 t/m 15 = medium

> 15 = high

Orale activiteiten =

DN₄ =