

Praxisstempel

Patienten – Fragebogen

AquaSplint-Therapie

AquaSplint **thermo**

Tragedauer gesamt	Tragedauer nachts	Tragedauer tagsüber
<input type="checkbox"/> weniger als 3 Wochen	<input type="checkbox"/> 6 oder weniger Stunden	<input type="checkbox"/> gar nicht
<input type="checkbox"/> 3 Wochen	<input type="checkbox"/> 7 Stunden	<input type="checkbox"/> 1 Stunde
<input type="checkbox"/> 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 8 Stunden	<input type="checkbox"/> 2 Stunden
<input type="checkbox"/> 5 Wochen	<input type="checkbox"/> 9 Stunden	<input type="checkbox"/> 3 Stunden
<input type="checkbox"/> mehr als 5 Wochen	<input type="checkbox"/> 10 oder mehr Stunden	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden

Haben sich Ihre Kiefergelenk-Schmerzen reduziert?	Hat sich das Knacken im Kiefergelenk gebessert?
Wenn ja, wann?	Wenn ja, wann?
<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> am 1. Tag <input type="checkbox"/> bis 30% <input type="checkbox"/> 1. Woche <input type="checkbox"/> bis 60% <input type="checkbox"/> 2. Woche <input type="checkbox"/> bis 90% <input type="checkbox"/> 3. Woche <input type="checkbox"/> bis 100% <input type="checkbox"/> 4. Woche oder später	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> am 1. Tag <input type="checkbox"/> bis 30% <input type="checkbox"/> 1. Woche <input type="checkbox"/> bis 60% <input type="checkbox"/> 2. Woche <input type="checkbox"/> bis 90% <input type="checkbox"/> 3. Woche <input type="checkbox"/> bis 100% <input type="checkbox"/> 3. Woche

Haben/hatten Sie weitere Beschwerden?	Wenn ja inwieweit haben sich diese gebessert?	Wenn ja, wann?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1) <input type="checkbox"/> eingeschränkte Mundöffnung 2) <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen 3) <input type="checkbox"/> HWS-Syndrom 4) <input type="checkbox"/> Tinnitus	1) 2) 3) 4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bis 30% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bis 60% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bis 90% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bis 100%	1) 2) 3) 4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am 1. Tag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Woche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Woche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Woche oder später

Hat sich die Unterfütterung gelöst?	Hat AquaSplint Druckstellen verursacht?	Haben die Kissen Flüssigkeit verloren?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in der 1. Woche <input type="checkbox"/> ja, in der 2. Woche <input type="checkbox"/> ja, in der 3. Woche <input type="checkbox"/> ja, nach der 3. Woche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> sehr oft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in der 1. Woche <input type="checkbox"/> ja, in der 2. Woche <input type="checkbox"/> ja, in der 3. Woche <input type="checkbox"/> ja, nach der 3. Woche

Wie beurteilen Sie AquaSplint im Vergleich zu anderen Schienen?	Würden Sie die AquaSplint-Therapie weiterempfehlen?
<input type="checkbox"/> viel besser <input type="checkbox"/> kein Vergleich möglich <input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> ja sehr <input type="checkbox"/> eventuell <input type="checkbox"/> nein