

Inventarisatiestudie: Ziekte van Parkinson & Bruxisme

9 mei 2015

Datum van invullen:

Geeft u toestemming om mee te doen aan het onderzoek? Nee
 Ja

1. Wat is uw geslacht? Man
 Vrouw
2. Wat is uw leeftijd? ... Jaar
3. Heeft u een diagnose gekregen betreffende bewegingsstoornissen?
 Nee (*ga door met vraag 5*)
 Nog niet/Weet ik niet (*ga door met vraag 5*)
 Ja
4. Zo ja, welke diagnose(s) heeft u gekregen? En in welk jaar was dat?
 de ziekte van Parkinson jaar:
 Parkinsonisme:
 MSA jaar:
 PSP jaar:
 Vasculair parkinsonisme jaar:
 Anders, namelijk jaar:
 Weet ik niet
5. Gebruikt u op dit moment medicatie? Zo ja, welke? *Let op: Dit gaat om alle medicatie die u gebruikt, niet alleen specifiek voor uw eventuele bewegingsstoornis! Heeft u te weinig ruimte? Schrijf dan verder op de achterkant van deze vragenlijst.*

	Medicatie	Dosering	
		Aantal Mg	Hoe vaak per dag?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

6. Heeft u ooit pijn gehad in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor?
 Nee (Ga door met vraag 12)
 Ja
7. Welke van de volgende omschrijvingen past het best bij deze pijn gedurende de afgelopen 30 dagen? Kies ÉÉN antwoord.
 Geen pijn
 De pijn komt en gaat
 De pijn is altijd aanwezig

Inventarisatiestudie: Ziekte van Parkinson & Bruxisme

9 mei 2015

8. 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 **Ergst mogelijke pijn**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. 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 **Ergst mogelijke pijn**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. 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 **Ergst mogelijke pijn**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw pijn (dat wil zeggen: het beter of erger gemaakt) in uw kaak, slaapstreek, in het oor of voor het oor aan één of beide kanten?

	Nee	Ja
Kauwen van hard of taai voedsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgom kauwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hoe vaak voert u ieder van de onderstaande activiteiten uit, uitgaande van de afgelopen maand. Zet achter elke vraag een vinkje in het juiste vakje en sla geen vragen over. Als het wisselt, kies dan de hogere keuzemogelijkheid.

Activiteiten als u slaapt	Nooit	< 1 nacht/maand	1-3 nachten/maand	1-3 nachten/week	4-7 nachten/week
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"/>
Activiteiten als u wakker bent	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Tandenknarsen als u wakker bent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

Inventarisatiestudie: Ziekte van Parkinson & Bruxisme

9 mei 2015

13. Heeft u de afgelopen 30 dagen pijn of stijfheid in uw kaak gehad bij het wakker worden?

Nee

Ja

14. Heeft u slijtage aan uw tanden of kiezen?

Niet

Enigszins

Nogal

Veel

Erg veel

Weet ik niet

15. Heeft uw onderkaak ooit "op slot" of vastgezet, zelfs al was het maar heel even, waardoor uw mond niet VOLLEDIG open kon?

Nee (Einde vragenlijst)

Ja (Ga door naar vraag 16)

16. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen "op slot" gezeten waardoor uw mond niet VOLLEDIG kon openen, al was het maar heel even, om vervolgens los te komen zodat u wel VOLLEDIG kon openen?

Nee

Ja

17. 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?

Nee

Ja

Heeft u nog opmerkingen?

.....
.....
.....

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!