

## TMD-PAIN SCREENER

DATUM:

NAAM:

---

1. Hoe lang duurde de pijn in uw kaak- of slaapregio in de laatste 30 dagen?
  - a. Geen pijn
  - b. Pijn komt en gaat
  - c. Pijn is altijd aanwezig
  
2. Heeft u in de laatste 30 dagen pijn of stijfheid gehad in uw kaak bij het ontwaken?
  - a. Nee
  - b. Ja
  
3. Hebben in de laatste 30 dagen volgende activiteiten een invloed gehad op uw pijn (dit wil zeggen verergeren of verminderen van de pijn)?
  - a. Kauwen van hard of taai voedsel
    - i. Nee
    - ii. Ja
  
  - b. Uw mond openen of uw kaak zijwaarts of voorwaarts bewegen
    - i. Nee
    - ii. Ja
  
  - c. Kaakbewegingen zoals: de tanden samen houden, klemmen, knarsen of kauwgom kauwen
    - i. Nee
    - ii. Ja
  
  - d. Andere kaakbewegingen zoals: praten, kussen of geeuwen
    - i. Nee
    - ii. Ja